

Université de Sherbrooke

*Évaluation de l'implantation de certains éléments des réseaux
intégrés de soins et services aux personnes âgées en Estrie*

Par Linda Milette

Programme des sciences cliniques

Département de médecine familiale

Mémoire présenté à la Faculté de médecine

En vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Avril 2003



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 0-612-94876-5

Our file Notre référence

ISBN: 0-612-94876-5

The author has granted a non-exclusive license allowing the Library and Archives Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Composition du jury

Réviser interne : Dr Réjean Hébert, MD, MPhil, Université de Sherbrooke

Réviser interne : Dr Maryse Guay, MD, MSc, FRCPC, CSPQ, Université de Sherbrooke

Réviser externe : Dr Paule Lebel, MD, MSc, FRCP, CSPQ, Université de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures.....	viii
Liste des tableaux	ix
Liste des sigles.....	x
Remerciements	xi
Résumé	xiii
1. Introduction	1
1.1 CONTEXTE.....	1
2. Recension des écrits.....	5
2.1 DÉFINITION DES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES	5
2.2 NÉCESSITÉ DES RÉSEAUX INTÉGRÉS	6
2.3 OBJECTIFS VISÉS PAR UN RÉSEAU INTÉGRÉ	6
2.4 MODALITÉS FONCTIONNELLES D'UN RÉSEAU INTÉGRÉ.....	7
2.4.1 <i>Coordination entre les partenaires</i>	8
2.4.2 <i>Porte d'entrée unique aux services de santé</i>	9
2.4.3 <i>Programme de gestion de cas</i>	9
2.4.4 <i>Élaboration de plans de services individualisés</i>	9
2.4.5 <i>Outil unique d'évaluation des besoins</i>	10
2.4.6 <i>Information pertinente sur le client accessible à tous</i>	11
2.4.7 <i>Budgétisation par capitation</i>	11
2.5 IMPLANTATION DES RÉSEAUX INTÉGRÉS	13
2.5.1 <i>Dans le monde</i>	13
2.5.2 <i>Au Canada</i>	16
2.5.3 <i>Au Québec</i>	19
2.5.3.1 <i>Modèle SIPA</i>	19
2.5.3.2 <i>Modèle des Bois-Francs</i>	28
2.5.3.3 <i>Autres modèles</i>	35
2.5.4 <i>Principales difficultés d'implantation en gestion de cas</i>	42
2.6 MÉDECINS ET RÉSEAUX INTÉGRÉS.....	43
2.6.1 <i>Médecins et implantation de réseaux intégrés</i>	46
2.7 COMMISSION CLAIR.....	49

3.	Description du modèle d'intégration des services en Estrie	52
4.	Objectifs de l'étude.....	61
4.1	OBJECTIFS DU GROUPE DE RECHERCHE PRISMA.....	61
4.2	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	64
4.2.1	<i>Objectif général de l'étude</i>	<i>65</i>
4.2.2	<i>Questions de recherche et objectifs spécifiques</i>	<i>65</i>
5.	Méthodologie.....	67
5.1	DISPOSITIF DE L'ÉTUDE	67
5.1.1	<i>Évaluation de l'implantation</i>	<i>68</i>
5.1.1.1	Cadre théorique de l'évaluation d'implantation	72
5.2	HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	75
5.2.1	<i>Variables.....</i>	<i>75</i>
5.3	COLLECTE DE DONNÉES.....	79
5.3.1	<i>Prélèvements statistiques.....</i>	<i>80</i>
5.3.2	<i>Sources documentaires</i>	<i>81</i>
5.3.3	<i>Questionnaires autoadministrés</i>	<i>82</i>
5.3.3.1	Questionnaires aux médecins	82
5.3.3.2	Questionnaire aux gestionnaires de cas	86
5.3.4	<i>Entrevues auprès des gestionnaires de cas</i>	<i>87</i>
5.4	ANALYSE	93
5.4.1	<i>Pour chaque type de collecte de données.....</i>	<i>93</i>
5.4.2	<i>Pour l'ensemble des résultats.....</i>	<i>96</i>
5.4.3	<i>Stratégie d'analyse du modèle de Yin.....</i>	<i>97</i>
5.5	CRITÈRES DE VALIDITÉ	99
5.6	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	100
6.	Résultats	101
6.1	ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA GESTION DE CAS	101
6.1.1	<i>Évaluation de la clientèle</i>	<i>103</i>
6.1.1.1	Analyse descriptive.....	103
6.1.1.2	Analyse du contexte.....	107
6.1.2	<i>Évaluation des activités et services</i>	<i>113</i>
6.1.2.1	Analyse descriptive.....	113
6.1.2.2	Analyse descriptive des activités et services, Sherbrooke.....	113
6.1.2.3	Analyse descriptive des activités et services, Granit	115
6.1.2.4	Analyse descriptive des activités et services, Coaticook.....	117
6.1.2.5	Analyse descriptive, raisons d'interventions	119

6.1.2.6	Analyse du contexte, caractéristiques de l'organisation au niveau « micro » ...	122
6.1.2.7	Analyse du contexte, caractéristiques de l'organisation au niveau « macro »...	125
6.1.3	<i>Évaluation des ressources</i>	129
6.1.3.1	Formations, aptitudes et expériences	129
6.1.3.2	Ressources matérielles.....	130
6.1.3.3	Ressources humaines.....	131
6.1.3.4	Environnement de travail.....	132
6.1.3.5	Ressources externes.....	132
6.1.4	<i>Facteurs permettant une gestion de cas efficace</i>	133
6.1.4.1	Sherbrooke.....	133
6.1.4.2	Granit et Coaticook.....	134
6.1.5	<i>Facteurs restreignant une gestion de cas efficace</i>	135
6.1.5.1	Sherbrooke.....	135
6.1.5.2	Granit et Coaticook.....	135
6.1.6	<i>Recommandations pour l'implantation d'un réseau intégré</i>	137
6.1.7	<i>Mesure du degré de mise en œuvre de la gestion de cas</i>	137
6.2	QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES MÉDECINS DE FAMILLE.....	139
6.2.1	<i>Taux de participation aux deux questionnaires postaux</i>	139
6.2.2	<i>Portrait des répondants</i>	141
6.2.3	<i>Premier questionnaire</i>	145
6.2.3.1	Perceptions face aux réseaux intégrés en préimplantation	145
6.2.3.2	Perceptions face à la gestion de cas en préimplantation	149
6.2.3.3	Implication des médecins au réseau intégré	151
6.2.3.4	Alliance entre gestionnaires de cas et médecins et implication auprès des personnes âgées.....	152
6.2.3.5	Perceptions des médecins en lien avec le dossier clinique informatisé et la rémunération par capitation.....	154
6.2.3.6	Préoccupations et commentaires par rapport à la gestion de cas et au réseau intégré en général	156
6.2.4	<i>Deuxième questionnaire</i>	157
6.2.4.1	Connaissances et utilisation des services d'un gestionnaire de cas par les médecins	157
6.2.4.2	Perceptions face à la gestion de cas en cours d'implantation	159
6.2.4.3	Obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas	162
6.2.4.4	Commentaires concernant l'implantation du réseau intégré en Estrie et solutions pouvant améliorer la collaboration médecins-gestionnaires de cas.....	164

7. Discussion	167
7.1. ÉTUDE D'IMPLANTATION AUPRÈS DES GESTIONNAIRES DE CAS	169
7.1.1 <i>Clientèle</i>	169
7.1.2 <i>Ressources</i>	172
7.1.3 <i>Activités et services</i>	172
7.1.4 <i>Degré de mise en œuvre pour chaque MRC</i>	176
7.1.5 <i>Quoi maintenir et quoi améliorer en gestion de cas</i>	184
7.2. ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS	187
7.2.1 <i>Taux de participation et discussion des résultats pour l'ensemble des médecins de famille</i>	187
7.2.2 <i>Comparaisons entre les trois MRC</i>	192
7.3. FORCES ET FAIBLESSES DE LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE	195
8. Conclusion	201
9. Bibliographie	205

ANNEXES

Annexe A : Membres de l'équipe de recherche PRISMA	214
Annexe B : PRISMA-7, questionnaire de repérage à sept items	215
Annexe C : Grille d'extraction (collecte de données dans les dossiers)	217
Annexe D1 : Première lettre aux médecins, premier questionnaire	220
Annexe D2 : Deuxième lettre aux médecins, premier questionnaire	221
Annexe D3 : Troisième lettre aux médecins, premier questionnaire	222
Annexe D4 : Premier questionnaire	223
Annexe E1 : Première lettre aux médecins, deuxième questionnaire	234
Annexe E2 : Deuxième lettre aux médecins, deuxième questionnaire	235
Annexe E3 : Troisième lettre aux médecins, deuxième questionnaire	236
Annexe E4 : Deuxième questionnaire	237
Annexe F : Communiqué des faits saillants du 1 ^{er} questionnaire aux médecins	244
Annexe G1 : Lettre aux gestionnaires de cas	248
Annexe G2 : Questionnaire aux gestionnaires de cas	249
Annexe H : Séquence de questions pour les « focus groups »	264

Annexe I :	Autorisation du comité de déontologie de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.....	269
Annexe J :	Autorisation du comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie et du CLSC de La Région-Sherbrookoise	271
Annexe K :	Autorisation des directeurs des services professionnels de Coaticook et du Granit.....	274
Annexe L :	Formulaire de consentement à la participation aux « focus groups »	277

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Niveaux d'analyse du contexte	73
Figure 2	Cadre théorique de l'évaluation de l'implantation du réseau intégré de services aux personnes âgées auprès des gestionnaires de cas et des médecins	74
Figure 3	Taux de réponse du 1 ^{er} questionnaire postal aux médecins	140
Figure 4	Taux de réponse du 2 ^e questionnaire postal aux médecins	141
Figure 5	Pourcentage de personnes âgées dans la clientèle des médecins répondants	142

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Synthèse des différentes expériences intégrant certains éléments d'un réseau intégré de services.....	40
Tableau 2	Contexte d'implantation du programme.....	76
Tableau 3	Collecte d'information : description de la mise en œuvre et du contexte	89
Tableau 4	Mesure du degré de mise en œuvre de trois composantes de l'implantation des réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie, objectifs opérationnels	98
Tableau 5	Description de la mise en œuvre, clientèle en gestion de cas.....	105
Tableau 6	Description de la mise en œuvre, activités et services en gestion de cas.....	120
Tableau 7	Mesure du degré de mise en œuvre de trois composantes de l'implantation des réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie	138
Tableau 8	Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants (deux questionnaires)	144
Tableau 9	Perceptions par les médecins au regard des réseaux intégrés pour personnes âgées.....	146
Tableau 10	Analyses bivariées en régression logistique.....	147
Tableau 11	Régression logistique	148
Tableau 12	Énoncés favorables à la gestion de cas en préimplantation.....	150
Tableau 13	Énoncés défavorables à la gestion de cas en préimplantation.....	150
Tableau 14	Intérêt des médecins à participer au réseau intégré et à collaborer avec les gestionnaires de cas	152
Tableau 15	Alliances des gestionnaires de cas et des médecins	153
Tableau 16	Intérêt des médecins à la pratique auprès des personnes âgées.....	154
Tableau 17	Dossier clinique informatisé et rémunération par capitation.....	155
Tableau 18	Utilisation de l'informatique par les médecins	155
Tableau 19	Utilisation des services d'un gestionnaire de cas par les médecins	158
Tableau 20	Perceptions des médecins concernant les gestionnaires de cas durant l'implantation, énoncés favorables	161
Tableau 21	Perceptions des médecins concernant les gestionnaires de cas durant l'implantation, énoncés défavorables.....	162
Tableau 22	Obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas (en ordre décroissant).....	164
Tableau 23	Synthèse de l'influence des caractéristiques identifiées en préimplantation (contexte) sur la mise en œuvre.....	183

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES

CHOICE: Comprehensive Home option of integrated care for the elderly

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CLC : Comité local de concertation

CLSC : Centre local de services communautaires

DCI : Dossier clinique informatisé

DRMG : Département régional de médecine générale

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MRC : Municipalité régionale de comté

OR : Odd Ratio (rapport de cotes)

PACE : Program of All inclusive care for the elderly

PII : Plan d'intervention individualisé

PRISMA : Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie.

PSI : Plan de services individualisé

RAMQ : Régie de l'assurance-maladie du Québec

RRSSS : Régie régionale de la santé et des services sociaux

SIC : Système d'information clientèle CLSC

SIGG : Système d'information géronto-gériatrique

SIPA : Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

REMERCIEMENTS

Avant d'entreprendre ce mémoire, j'avais toujours considéré la recherche comme étant un domaine loin de mes intérêts et capacités. La rédaction d'un mémoire me paraissait rude. Je me trompais. C'est avec satisfaction que je regarde maintenant cette réalisation. Évidemment, sans l'appui et le soutien de plusieurs, cette démarche aurait été plus ardue.

Le docteur Réjean Hébert et madame Anne Veil m'ont encouragée et conseillée tout au long de ce projet. Leur confiance en mes capacités m'a permis de réaliser que je pouvais réussir un tel travail. Plusieurs membres de l'équipe de recherche PRISMA-Estrie m'ont aussi beaucoup aidée. Je tiens particulièrement à remercier messieurs Michel Raîche et Maxime Gagnon ainsi que madame Pascale Morin. Toutes ces personnes sont passionnées par leur travail et consacrent cette passion aux personnes âgées, afin d'adoucir leurs dernières années. Je les estime beaucoup. Merci aussi à madame Sylvie Pichette pour ses encouragements et son support technique.

Sans la collaboration des gestionnaires de cas des trois MRC, ainsi que de leur supérieur immédiat, je n'aurais pas pu réaliser ce mémoire. Je tiens donc à souligner la participation de mesdames Céline Bureau et Johanne Bolduc et monsieur Pierre Richard ainsi que tous les gestionnaires de cas. De plus, merci à tous les omnipraticiens de l'Estrie qui ont collaboré à la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier ma famille. Merci à mon père qui m'a toujours enseigné à faire un travail à travers lequel je me sentirais utile. Dans le contexte actuel, travailler pour venir en aide aux personnes âgées, bien que ma contribution soit minime, m'a permis de m'accomplir. Merci à ma mère qui a fait de moi une personne organisée, efficace et persévérante. Merci à Patrice pour son amour, à Marc-Olivier pour sa vivacité et à Ève qui était mon souffle de vie durant les moments plus difficiles.

Résumé

Université de Sherbrooke

Évaluation de l'implantation de certains éléments des réseaux intégrés de soins et services aux personnes âgées en Estrie

par Linda Milette

Programme des sciences cliniques, département de médecine familiale

Mémoire présenté à la Faculté de médecine

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Un réseau intégré de services se définit principalement par six composantes essentielles : une concertation entre les partenaires; une porte d'entrée unique; un outil unique d'évaluation; une approche de suivi systématique (la gestion par cas); un outil de planification (le plan de services individualisé) et un système de communication informatisé interétablissements pour le suivi des clientèles (le dossier clinique informatisé).

L'objectif de cette maîtrise porte sur l'évaluation de l'implantation de certains éléments des réseaux intégrés de soins et services pour personnes âgées en Estrie. En fait, cette étude d'implantation se concentre sur la gestion de cas, l'outil unique d'évaluation ainsi

que le plan de services individualisé, après 14 semaines d'implantation. La position des omnipraticiens face aux réseaux intégrés et à la gestion de cas, en préimplantation et après six mois d'implantation, a aussi été explorée. L'ensemble de cette évaluation a permis de mesurer l'implantation réelle de trois des six éléments des réseaux intégrés, ainsi que de vérifier comment le contexte, dont le positionnement des médecins, interagissait avec l'implantation de ces trois composantes.

La méthodologie utilisée est l'étude de cas multiples, selon la typologie de Yin (Yin, 1994). Les cas sont les implantations du réseau intégré de services dans trois MRC (municipalités régionales de comté) estriennes, choisies pour leurs caractéristiques sociodémographiques contrastantes. La collecte des données s'est effectuée auprès de tous les gestionnaires de cas (10) et médecins admissibles (206) des trois MRC. Quatre mécanismes de collecte ont été employés : une base de données (le système d'information clientèle CLSC (SIC)); les dossiers des usagers; des questionnaires autoadministrés; ainsi que des « focus groups ». Une analyse de chaque cas ainsi qu'une analyse transversale des cas ont été réalisées.

Les résultats obtenus démontrent que les réseaux intégrés ont été partiellement implantés. Les degrés de mise en œuvre pour chacune des MRC sont les suivants : Granit 70,1 %, Sherbrooke 67,3 % et Coaticook 49,3 %. Certaines ressources humaines et matérielles prévues au plan initial n'ont pas été disponibles durant ces premiers mois d'implantation. Principalement, le nombre de gestionnaires de cas à temps plein a été insuffisant. Toutefois, la majorité des services prévus ont été dispensés et la clientèle visée a été rejointe.

Le taux de réponses de la première enquête postale auprès des médecins fut de 60,2 % (124 médecins). De ceux-ci, 86,0 % ont répondu au deuxième questionnaire (104 médecins). Les médecins ont démontré une ouverture et un intérêt marqué envers les réseaux intégrés et la gestion de cas, davantage en préimplantation qu'en cours d'implantation. Au premier questionnaire, 98 % des médecins ont répondu que les omnipraticiens devront de plus en plus faire partie d'un réseau intégré de services. Par contre, en cours d'implantation, leur implication a été insuffisante. Un manque d'information quant à la disponibilité et au rôle des gestionnaires de cas peut expliquer en partie cette faible participation. Plus de la moitié des répondants ont mentionné comme obstacle à l'utilisation des gestionnaires de cas, le fait de ne pas comprendre encore clairement comment ceux-ci pouvaient venir en aide à leurs patients. Une pratique de groupe est associée au désir d'utiliser les services d'un gestionnaire.

La discussion compare l'implantation des trois composantes en Estrie à d'autres implantations similaires, identifie les facteurs associés à une plus forte probabilité de succès d'implantation d'un réseau intégré et propose des moyens pour accroître la participation des médecins. Notamment, les impliquer précocement et les informer de ce qu'est un réseau intégré pour personnes âgées et de l'accessibilité à celui-ci. Une telle évaluation permet d'aider à la reproduction d'initiatives semblables dans d'autres milieux, ainsi qu'à l'amélioration de l'action en cours avant même d'en connaître les effets sur les usagers. Par exemple, l'éclaircissement des rôles du gestionnaire de cas par rapport à celui du travailleur social. La poursuite de cette étude après six mois et un an d'implantation permettra d'enrichir et de bonifier nos conclusions.

Mots clés : réseau intégré de services, gestionnaire de cas, omnipraticien, évaluation d'implantation, personnes âgées.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

L'importance démographique des personnes âgées augmente progressivement et rapidement au Québec et au Canada. D'abord, les enfants sont moins nombreux. Le seuil de remplacement des générations se situe à 2,1 enfants par femme et la fécondité québécoise est en dessous de ce niveau depuis 1970. De plus, l'espérance de vie s'accroît. L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) révèle que la population des 65-74 ans augmentera de plus de 80 %, celle des 75-84 ans d'environ 90 % et celle des 85 ans et plus au-delà de 150 % d'ici 2021 (Institut de la statistique du Québec, 2000). L'espérance de vie à la naissance est maintenant de 81,5 ans pour les femmes et de 75,2 ans pour les hommes (Bureau de la statistique du Québec, 1998).

Bien que les aînés se portent généralement mieux qu'il y a 20 ans, une proportion importante fera quand même face à une perte d'autonomie et devra avoir recours à des soins à domicile ou aura besoin d'hébergement (Statistique Canada, 1999). Entre 1986 et 1998, le taux d'incapacité est passé de 35 % à 42 % chez les 65 ans et plus, au Québec (Institut de la statistique du Québec, 1998). Selon les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités au Canada (1986), près de 35 % des personnes âgées qui vivent à domicile souffrent d'une incapacité (Saucier, 1992). La perte d'autonomie est donc un

problème fréquent, dont l'incidence, chez les plus de 75 ans vivant à domicile, atteint 12 % annuellement (Hébert *et al.*, 1997).

Cette évolution démographique aura un impact substantiel tant sur les valeurs de la société que sur l'organisation et la prestation des services. D'ailleurs, l'analyse des profils de consommation actuels des personnes de 65 ans et plus démontre que celles-ci sont plus nombreuses à consulter un médecin et que la présence d'une incapacité, même légère, change considérablement le recours aux services (ISQ, 1998). Le coût des services aux personnes âgées de 65 ans et plus atteint près de quatre fois le coût moyen pour l'ensemble de la population (Kergoat et Lebel, 1997). Le système de soins actuel a de la difficulté à gérer et à financer les services nécessaires aux personnes âgées frêles avec des problèmes complexes. Dans un contexte où les budgets alloués à la santé sont souvent insuffisants, orientés davantage vers les soins aigus, et où le coût des médicaments, des techniques diagnostiques et des autres traitements sont à la hausse, notre système de santé doit se restructurer.

Actuellement, une difficulté importante au niveau de la dispensation des soins est le manque de continuité dans l'offre de services de santé, principalement auprès des personnes âgées. Bien que l'on puisse bénéficier d'une multiplicité de ressources et d'interventions, l'administration de celles-ci se fait trop souvent de façon cloisonnée, par des entités différentes non coordonnées entre elles et n'offrant pas leurs services en fonction des besoins des usagers. Les services sont souvent fragmentés et discontinus. Il n'y a pas de système d'information intégré permettant les échanges entre les professionnels et les

institutions. Peu de mécanismes formels de liaison existent entre les services de maintien à domicile et l'hôpital ou les cliniques médicales (Hébert, 2001).

Ce manque de coordination et d'intégration entraîne la duplication des services, l'émergence de zones grises en matière de services et de clientèle rejointe, l'utilisation inappropriée de ressources coûteuses (hôpitaux, services d'urgence par exemple), de la polypharmacie et des hospitalisations inutilement trop longues qui auraient pu être raccourcies par une meilleure communication entre intervenants (Bellerose *et al.*, 1995).

Une autre lacune de notre système de soins est le manque d'encadrement, à long terme, des personnes âgées par les professionnels de la santé. Aucune personne ni institution n'assurent la responsabilité globale des plus de 65 ans en perte d'autonomie dans le but de les maintenir à domicile ou dans l'environnement le plus adéquat. En fait, cette responsabilité incombe à plusieurs établissements qui travaillent trop souvent en parallèle. Cette déresponsabilisation des dispensateurs entraîne la même attitude chez les utilisateurs. Certains patients consultent plus de 20 médecins différents par an (Sondage SOM, 1998). En plus d'être coûteuses, ces évaluations redondantes sont parfois inconfortables pour le patient. La population déroutée par l'éventail de dispensateurs ne sait plus qui consulter pour obtenir les services les plus appropriés à ses besoins.

Ce manque d'encadrement est à l'origine d'un troisième problème, celui de l'accessibilité aux services. Pour obtenir des soins, les personnes âgées vont indifféremment à la clinique, à l'urgence ou au CLSC. Les portes d'entrées sont multiples. Par contre, l'urgence est souvent la seule ressource pouvant accueillir les personnes âgées 24 heures

sur 24. L'urgence est donc regrettablement perçue, trop souvent, comme la porte d'entrée la plus efficace permettant l'obtention de services de base, de diagnostics, de traitements, voire de placements. Une porte d'entrée unique afin de diriger les aînés de façon adéquate rationaliserait grandement l'utilisation des services (RRSSS Montréal-Centre, 2000).

L'époque où les ressources suffisaient à la demande et où les besoins des clients étaient simples est loin derrière nous. On assiste maintenant à une inadéquation entre les besoins, les demandes et les services. Comme il y a peu de dépistage et de prévention faits chez les clientèles aînées à risque, plusieurs besoins ne sont pas identifiés précocement, et le sont souvent trop tard, lors de situations plus critiques où le maintien à domicile n'est plus possible. Dans un contexte de rareté des ressources et d'accroissement de la demande, les services en place ne réussissent plus à répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle. Pour arriver à identifier tous les besoins et combler les demandes des clientèles, sans trop de délai, il faudra améliorer la continuité, la prise en charge et l'accessibilité aux soins (Hébert *et al.*, 2003).

La complémentarité des services géranto-gériatriques s'impose. La promotion de soins globaux, personnalisés et efficaces afin d'offrir à la population le maximum de services dont elle a besoin tout en demeurant à la maison, est impérative. Il faut passer d'un réseau d'établissements à un réseau intégré de soins et services. La devise suivante véhiculée dans plusieurs milieux illustre bien l'objectif visé : offrir le bon service, par la bonne ressource, au bon moment, à la bonne personne, et au bon endroit.

2. RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Définition des réseaux intégrés de services

La littérature fournit diverses définitions de la notion de réseaux intégrés. Shortell, dans une définition (traduite par Bergam, 1998) qui semble faire consensus auprès de la majorité des organismes québécois, décrit les réseaux intégrés de services comme étant « un réseau d'organisations qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie » (Shortell *et al.*, 1993). Au Québec, un forum sur l'organisation des soins de santé (Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000) les défini ainsi :

« Un réseau intégré est constitué par un ensemble de personnes, d'organismes et d'établissements qui concourent au même but, qui sont en relation pour agir ensemble et dont les différentes composantes (ressources matérielles, financières et humaines) forment un tout. »

À la lumière des définitions régulièrement citées dans la littérature, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie suggère la définition suivante :

« Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie » (Bédard *et al.*, 2001).

Ces définitions impliquent donc le rapprochement des différentes organisations chargées d'offrir l'ensemble des services aux aînés, de façon à mieux répondre aux besoins des individus d'un territoire défini et d'être plus efficaces dans leur fonctionnement.

2.2 Nécessité des réseaux intégrés

Les impératifs économiques, les besoins des citoyens de plusieurs natures et de plus en plus complexes, l'utilisation inadéquate des ressources dans un contexte de ressources limitées, la nécessité de s'enquérir de la contribution des aidants naturels, la volonté et le désir des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie tout en ayant accès dans leur environnement à la gamme de services dont ils ont besoin, sont autant de bonnes raisons pour développer des réseaux intégrés de services.

Dans quelques pays, des réseaux intégrés existent déjà depuis plusieurs années. La tendance dominante de ces réseaux est la recherche d'un continuum de services intégrés ou de systèmes de soins continus selon un modèle orienté vers le client. Il est à noter que les pays les mieux organisés au niveau des services de première ligne sont aussi ceux qui détiennent les premiers rangs pour les indicateurs de santé de leur population et la satisfaction des citoyens face à leur système de santé, tout en ayant des coûts de services par habitant plus bas (Lamarche *et al.*, 2001; Starfield, 1998).

2.3 Objectifs visés par un réseau intégré

Les objectifs poursuivis par un réseau intégré sont nombreux et peuvent varier d'un endroit à l'autre. Les principes directeurs qui teintent l'élaboration de ces objectifs sont les suivants : les réseaux doivent être centrés sur les clients, avoir une responsabilité de population, viser à améliorer l'état de santé de cette population, offrir des soins et services de qualité, permettre l'harmonisation et la coordination des services et rendre imputables

les dispensateurs de services (Association des hôpitaux du Québec, 1995; Newcomer *et al.*, 1997).

On peut définir l'objectif principal d'un réseau intégré pour personnes âgées comme étant le maintien à domicile de ces personnes par l'amélioration de l'accessibilité, de l'intégration et de la coordination des services, ainsi que par une utilisation judicieuse de toutes les ressources du milieu.

Parmi les objectifs secondaires, on retrouve un rôle plus actif de l'aîné dans le choix et le contrôle de ses soins (autonomisation), un accroissement de la satisfaction des clientèles et de leur réseau de soutien, la réduction des coûts via : l'intervention précoce, la diminution de la duplication des services, la réduction de la durée de séjour en centre hospitalier ou encore l'abaissement du nombre de consultations à l'urgence. Accessibilité, continuité, complémentarité, disponibilité, qualité, réactivité et efficience sont à la base de tous réseaux de services intégrés.

2.4 Modalités fonctionnelles d'un réseau intégré

Parmi les modalités expérimentées dans les milieux de soins américains et européens et démontrées bénéfiques pour les clients et l'utilisation des services, sept éléments peuvent être dégagés pour caractériser un réseau intégré de soins et services :

- 1) une coordination entre les partenaires;
- 2) une porte d'entrée unique aux services offerts;
- 3) un programme de gestion de cas intégré au continuum de services;

- 4) l'élaboration de plans de services individualisés,
- 5) un outil unique d'évaluation des besoins,
- 6) une information pertinente sur le client accessible à tous,
- 7) et la budgétisation par capitation

(HMO Workgroup on Care Management, 1998; Hollander et Pallan, 1995; Phillips-Harris, 1998; Shortell *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1993 ; Hébert, 2001). La définition de ces différentes modalités, qui suit, est tirée des références précédemment mentionnées.

2.4.1 COORDINATION ENTRE LES PARTENAIRES

La coordination entre les partenaires est l'élément de base d'un réseau intégré. Cette coordination doit être présente à plusieurs niveaux. Premièrement, les décideurs, au niveau stratégique, doivent convenir des politiques et des orientations, ainsi que déterminer les ressources à investir dans le réseau. Ensuite, les coordonnateurs (chefs de services ou de programmes) des différents services publics et communautaires et les représentants des personnes âgées doivent s'entendre sur le fonctionnement du réseau et en assurer le suivi. Ce deuxième niveau de coordination se nomme communément le niveau tactique ou de gestion. Enfin, le niveau opérationnel, est constitué des différents acteurs du réseau qui doivent se concerter autour du gestionnaire de cas pour déterminer les besoins des clients et pour leur prodiguer les soins et services nécessaires.

2.4.2 *PORTE D'ENTRÉE UNIQUE AUX SERVICES DE SANTÉ*

La porte d'entrée unique est un service d'accueil pour toutes les personnes âgées d'un territoire. Ainsi, quelle que soit la cause de son problème, l'aîné peut s'enquérir de solutions à un seul endroit, à une étape ou l'autre du processus. Cette porte d'entrée sert d'intermédiaire à l'accès de tous les services offerts aux personnes âgées. Un mécanisme d'aiguillage (triage) permet d'orienter la personne admissible vers un gestionnaire de cas ou la ressource la plus appropriée.

2.4.3 *PROGRAMME DE GESTION DE CAS*

Le gestionnaire de cas a la responsabilité de procéder à une évaluation globale des besoins de la personne aînée, de planifier les services nécessaires, de négocier et coordonner les services requis avec les dispensateurs de services (« *service broker* »), d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants engagés dans le dossier, ainsi que de s'assurer que les services sont rendus et réajustés selon l'évolution de la situation. Il accompagne le client dans toutes les étapes de son parcours : de l'entrée à la fermeture de son dossier. Il défend les intérêts et les droits de la personne et de sa famille (« *patient advocate* »).

2.4.4 *ÉLABORATION DE PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISÉS*

Le plan de services individualisé (PSI) est un instrument de planification et de coordination centré sur la personne. Il est l'outil qui permet au gestionnaire de cas de réunir sur un même document les objectifs visés, les services requis par son client et leur

durée prévisible. Ce plan est initialement défini avec la personne âgée et son réseau de soutien, puis il est présenté et accepté lors de la réunion d'équipe multidisciplinaire groupant les différents intervenants associés aux soins de la personne âgée. Le PSI est ensuite ajusté périodiquement en fonction de l'évolution de l'utilisateur.

Contrairement au plan d'intervention (PI) qui doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les différents intervenants d'un même établissement ou programme, le plan de services individualisé doit être élaboré lorsqu'un utilisateur nécessite des services de plusieurs établissements ou programmes.

2.4.5 OUTIL UNIQUE D'ÉVALUATION DES BESOINS

Un outil unique d'évaluation des besoins, basé sur les caractéristiques essentielles des utilisateurs, fournit un langage commun entre les différents intervenants et offre une façon unique de traiter les demandes. Au Québec, l'outil multiclientèle représente cet instrument unique. Cet outil permet une classification standardisée des besoins qui définissent l'état de santé de l'utilisateur (antécédents personnels et familiaux, santé physique actuelle, médicaments...), ses habitudes de vie, sa situation psychosociale, ses conditions économiques, son environnement physique et son autonomie fonctionnelle au moyen du SMAF (Hébert *et al.*, 1988).

Le SMAF repose sur la conception fonctionnelle de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec sa classification des déficiences, incapacités et handicaps. Celle-ci définit la déficience comme étant toute anomalie survenant dans la

structure ou la fonction d'un organe ou d'un système. L'incapacité représente les conséquences de la déficience, à l'égard de performance fonctionnelle, sur les activités de l'individu. Lorsque cette déficience et cette incapacité désavantagent la personne par rapport à son milieu, on parle d'un handicap (Arcand et Hébert, 1997). Le SMAF est un instrument validé et il évalue cinq domaines : les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD), la mobilité physique, les communications et les fonctions mentales. Chacun de ces domaines reçoit un score selon le niveau de fonctionnement de la personne évaluée. La somme de ces cinq scores donne un résultat final variant de 0 à 87. Un accroissement des incapacités est indiqué par une valeur supérieure. À partir d'un SMAF de 5, des incapacités fonctionnelles cliniquement significatives sont présentes.

2.4.6 INFORMATION PERTINENTE SUR LE CLIENT ACCESSIBLE À TOUS

Une information sur le client pertinente et accessible à tous est essentielle pour assurer la continuité des services. Pour ce faire, un dossier clinique informatisé (DCI), partageable entre les différents intervenants impliqués, permet un transfert d'information entre ceux-ci sur une base régulière. Ils sont alors informés de l'évolution de la personne et des modifications apportées au plan de services.

2.4.7 BUDGÉTISATION PAR CAPITATION

Enfin, un financement par capitation, bien que moins populaire, est souvent mentionné comme étant une condition gagnante à l'implantation d'un réseau intégré. Deux formes de financement par capitation sont possibles : le financement uniquement en lien avec la

rémunération des médecins et le financement de l'ensemble des services aux personnes âgées. Le mode de rémunération des médecins par capitation dépend du nombre de personnes inscrites à son nom, contrairement au mode de paiement plus traditionnel défini en fonction de la fréquence des visites des usagers. L'autre mode de financement par capitation, le financement de l'ensemble des services aux personnes âgées (services institutionnels, communautaires, médicaments...) peut se faire avec ou sans modification de la rémunération des médecins.

La budgétisation par capitation, appliquée uniquement aux médecins ou à l'ensemble des services, représente un changement majeur pour notre système de santé, limitant ici son applicabilité. Nous pensons que cet élément n'est pas encore indispensable pour atteindre les objectifs d'un système intégré, dans le contexte sociosanitaire actuel de couverture universelle et gratuite, particulièrement dans les régions urbaines et rurales où le nombre d'établissements et d'organismes en jeu est plus restreint (Hébert, 2001).

En plus des sept éléments précédemment mentionnés, certains auteurs soulignent aussi la nécessité de dépister les clientèles vulnérables, un nombre suffisant de médecins organisés en groupes de pratique et prêts à collaborer, un programme de formation préalable et continu en gériatrie, un programme de promotion de la santé et l'évaluation du processus et des effets d'un tel réseau, comme autres conditions nécessaires au bon fonctionnement des réseaux intégrés (HMO Workgroup on Care Management, 1998; Phillips-Harris, 1998; Shortell *et al.*, 1993; Gillies *et al.*, 1993).

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec suggère, de son côté, des conditions de réussite de mise en place d'un réseau intégré de services. Pour faciliter l'implantation d'un changement dans les pratiques et les relations entre les différents partenaires impliqués, voici ce qu'elle propose : l'adhésion de tous les partenaires à une vision commune, la précision des champs de compétence, des rôles et des responsabilités des partenaires, la participation de tous les acteurs, la mise en place de mesures régionales d'appui, la collaboration avec les médecins de famille, la légitimité de la gestion de cas et son soutien, la recours à des outils de travail communs pour l'ensemble des partenaires, l'accès à une gamme complète de services et les mécanismes de suivi et d'évaluation des projets (Dugay *et al.*, 2002).

2.5 Implantation des réseaux intégrés

2.5.1 DANS LE MONDE

Diverses expériences intégrant certains éléments d'un réseau intégré de services ont été menées et évaluées, principalement au regard de l'impact, dans plusieurs pays. Durant les années 80 est apparu le concept de « *managed care* » aux États-Unis. C'est à ce moment qu'à San Francisco s'est implanté un des premiers réseaux intégrés : le projet *On Lok*, embryon du projet PACE (*Program of All inclusive Care for the Elderly*). Quelques années plus tard, en 1995, le projet PACE était implanté dans onze villes de neuf états américains (Branch *et al.*, 1995).

Depuis 1986, PACE représente un réseau intégré surajouté au système de soins et services déjà existants, fonctionnant en parallèle de celui-ci. Il ne vise pas l'intégration de l'ensemble des services offerts par les différents établissements et intervenants du milieu. En fait, une seule organisation, le «PACE Center», est mise sur pied pour offrir l'ensemble des services, principalement sous forme de centre de jour. Ces services sont offerts par une gamme d'intervenants, dont des médecins généralistes, des infirmières, des travailleurs sociaux, tous exclusifs au centre. Les autres structures externes, par exemple les hôpitaux, ou les autres intervenants, comme les médecins spécialistes, sont liés par contrat. Une seule organisation est donc responsable de tous les services offerts. La fonction de coordination n'est donc pas aussi cruciale que dans un contexte où les structures de services sont indépendantes (Davies, 1994).

PACE existe pour les plus de 55 ans présentant un niveau d'incapacité compatible avec une admission en institution. De plus, comme son financement par capitation est tributaire de Medicare (assurance universelle pour les aînés) et Medicaid (assurance pour les citoyens à faibles revenus), seulement les aînés admissibles à Medicaid ont accès gratuitement à ce service. Les autres personnes âgées intéressées doivent payer le montant mensuel versé par Medicaid, s'élevant à près de 2 500 \$ américains. L'objectif de ce programme est de prévenir les hospitalisations ou les hébergements prématurés ou inappropriés (Branch *et al.*, 1995).

La clientèle évaluée à plus de 2 700 aînés qui utilisait les services de cette organisation en 1995, se définissait par des personnes âgées d'environ 80 ans, ayant en moyenne huit problèmes de santé et étant dépendantes au niveau des activités de la vie quotidienne et

domestique (deux activités et plus). Par ailleurs, 39 % d'entre elles vivaient seules, 14 % n'avaient aucun aidant naturel et 42 % souffraient de démence (Pierce Christine, 2002; Eng *et al.*, 1997).

L'avantage de ce mode de fonctionnement est la consolidation de tous les services nécessaires, par une équipe multidisciplinaire, dans un établissement principal, le « PACE Center ». La majorité des services sont dispensés au centre de jour, mais ceux qui sont extérieurs à celui-ci, par exemple, le maintien à domicile, le transport au centre ou à la clinique, sont sous la responsabilité de l'organisation. L'équipe multidisciplinaire représente le « gestionnaire de cas ». Les intervenants identifient ensemble les besoins de l'utilisateur, développent son plan de traitement, offrent les services requis, évaluent l'efficacité dudit plan et font les ajustements en conséquence. Rapidement, un usager devient connu par tous les professionnels. La coordination entre les intervenants est efficace, simple et sans délai. La communication au sein de l'équipe est interactive et chacun en bénéficie. Toutefois, certains éléments peuvent déplaire à certains clients comme le choix limité du médecin, de l'hôpital ou de la pharmacie, puisqu'ils sont restreints au personnel du centre et aux établissements ou intervenants liés par contrat (Eng *et al.*, 1997).

Les principales limites liées à l'implantation de ce type de projet sont les suivantes. La mise en place d'une telle organisation requiert beaucoup de temps et d'argent. Les aînés ne bénéficiant pas de Medicaid sont moins intéressés à un tel programme. Enfin, le recrutement des médecins généralistes ou spécialistes est ardu (Eng *et al.*, 1997).

Une évaluation de l'impact de ce projet (utilisation des services de santé, évaluation de la qualité des services et des coûts), réalisé en 1995, a démontré des résultats encourageants. Notamment, l'utilisation de la première ligne, que ce soit au niveau médical, social ou de soutien, était privilégiée, l'observance aux ordonnances de médicaments était améliorée et la satisfaction des patients était augmentée. Enfin, les coûts globaux étaient diminués pour l'ensemble des payeurs (Eng *et al.*, 1997; Pierce Christine, 2002). Toutefois, cette étude n'incluait pas de groupe de comparaison spécifique et les données des projets PACE sont comparées à des statistiques nationales pour des groupes dont la comparabilité peut être mise en doute. Les études disponibles actuellement ne font pas référence à des évaluations d'implantation de ce projet.

2.5.2 AU CANADA

Plus près de nous, en Alberta, le projet CHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly), une adaptation des projets PACE, a été mis de l'avant depuis 1996 dans trois sites différents. Il représente lui aussi un réseau intégré surajouté à l'offre de services déjà en place. Contrairement aux projets PACE, CHOICE dispose d'un financement uniquement public. Son objectif principal est d'offrir aux personnes âgées, dont les besoins sont multiples et complexes, l'ensemble des soins qu'ils requièrent, afin de les maintenir à domicile le plus longtemps possible. La description de ce programme est issue d'un document Word produit par madame Sharon Tell, fonctionnaire d'échelon supérieur au sein du service de soins à domicile de la région sanitaire d'Edmonton. Toutes les données d'évaluation proviennent du rapport final d'évaluation réalisé par une firme engagée à cet effet (Pinnell *et al.*, 1998).

La clientèle admissible se définit par des aînés à risque d'hébergement, ayant recours fréquemment aux services de santé, qui ont des problèmes de santé chroniques (physiques ou mentaux). Il est aussi essentiel que le réseau de soutien soit prêt à s'impliquer pour que l'aîné frêle reste à domicile le plus longtemps possible. Le médecin traitant doit être en accord avec la prise en charge de son patient par le projet. Il cesse alors d'assurer le suivi de la personne admissible. Celle-ci sera prise en charge par un médecin désigné, affilié au projet, qui deviendra son médecin attitré quels que soient ses besoins. Les références à ce programme sont faites à une porte d'entrée unique.

Le fonctionnement du projet CHOICE repose aussi sur un centre de jour, ouvert 24 heures sur 24, où une équipe multidisciplinaire évalue les besoins de l'utilisateur et rédige un plan de services. Ce plan de services se compose des besoins de l'utilisateur, des buts à atteindre et des intervenants qui seront nécessaires pour palier les différentes limitations du client.

Les aînés sont invités à se rendre au centre à chaque semaine afin d'avoir accès aux différents services qui leur sont requis. Le centre de jour offre différents services, entre autres des services médicaux, sociaux, de réadaptation et de loisirs. Il coordonne même les services à domicile et le transport adapté. Lorsque certains services essentiels (ex : dentiste, ophtalmologiste) ne sont pas disponibles au centre, celui-ci assure leur accessibilité, puisqu'il est lié avec ces derniers par contrats. Une telle organisation relève donc d'un seul niveau de coordination, car un seul établissement est responsable de l'ensemble des services offerts à sa clientèle par ses propres intervenants.

Une évaluation d'implantation, durant la première année, a permis de faire ressortir les facteurs facilitant la mise en place d'un tel projet, ainsi que certains défis. Les facteurs de succès qui ont permis une implantation rapide (six mois) et réussie sont les suivants : le leadership de certains acteurs, le travail d'équipe, la structure des comités en place, l'aide technique accordée par PACE au projet canadien CHOICE, une implantation par étape et une bonne communication. De plus, le rapport d'évaluation mentionne l'importance que tous les intervenants comprennent et adhèrent aux principes qui définissent l'approche suggérée par CHOICE. Parmi les défis à relever, le rapport indique entre autres : la résistance des autres dispensateurs de services, le recrutement des médecins, une compréhension partagée du programme par les différents intervenants et un manque de continuité lorsqu'un client doit quitter le projet pour un autre programme. Enfin, il est aussi noté que l'obligation de changer de médecin traitant est un problème sérieux, certains candidats refusant même l'admission au programme pour cette raison (Pinnell, 1998).

Globalement, après deux ans de fonctionnement, l'évaluation de l'impact (état de santé, qualité de vie, satisfaction au niveau de l'utilisation des services et évaluation des coûts) démontre les résultats suivants : pas de différence statistiquement significative par rapport à la santé physique ou mentale entre l'admission et le suivi à 10 semaines, une réduction des coûts, principalement par la diminution de l'utilisation de ressources plus coûteuses (hospitalisations de courte durée, visites hospitalières ambulatoires) et par une meilleure utilisation des médicaments, une satisfaction marquée démontrée par les aidants et les usagers en lien avec les différentes composantes du programme et une amélioration de la qualité de vie des participants. Par contre, l'implication des aidants naturels a augmenté. Tout comme pour le projet PACE, l'interprétation des effets de ce programme est limitée

puisque'il n'y avait pas de groupe de comparaison. Il est difficile de faire une critique plus approfondie, puisque le seul document disponible est succinct (Pinnell *et al.*, 1998).

2.5.3 AU QUÉBEC

2.5.3.1 Modèle SIPA

Dans la lignée des projets PACE et CHOICE, le projet de démonstration SIPA (services intégrés aux personnes âgées), conçu et évalué par des chercheurs cliniciens de l'Université de Montréal et de l'Université McGill, a été réalisé entre l'été 1999 et le printemps 2002, sur deux sites pilotes de CLSC de l'île de Montréal (Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville). Ses objectifs étaient de maintenir et promouvoir l'autonomie des personnes âgées vulnérables par la coordination et l'intégration des services et par une utilisation optimale des ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles. SIPA proposait une organisation de soins et services fondée sur trois composantes indissociables : le modèle clinique, le modèle de gestion et le modèle de financement (Lebel *et al.*, 2002).

Les sept modalités définissant un réseau intégré sont décrites dans ce modèle. La septième modalité, la budgétisation par capitation des services offerts aux personnes âgées, fait partie de leur modèle de financement.

Le modèle clinique a été particulièrement développé et différencie le projet SIPA des autres réseaux intégrés en implantation au Québec. Leur modèle clinique se distingue,

entre autres, par : une approche géro-geriatrique rigoureuse et systématique, la présence de gériatres consultants dans les sites, des équipes multidisciplinaires complètes, incluant même un pharmacien dans un site, des protocoles interdisciplinaires de dépistage, de diagnostic, d'intervention et de suivi, une garde infirmière assistée d'une garde médicale 24 hres / 24, l'utilisation de ressources de substitution et l'offre d'un suivi clinique, par les intervenants SIPA, des personnes âgées admises dans des ressources privées d'hébergement (Béland *et al.*, 2001; Béland, 2003).

La gamme de services sous la responsabilité de SIPA comprenait les services communautaires, les services sociaux et les services de santé incluant les hôpitaux et les établissements d'hébergements. Le SIPA avait la responsabilité clinique de l'ensemble des personnes inscrites où qu'elles soient dans le réseau. Sensiblement comme les projets PACE et CHOICE, les services étaient offerts par des structures gérées par le programme ou par des structures externes liées par contrats (Béland, 2002).

La population visée se composait de personnes âgées (65 ans ou plus), atteintes d'incapacités fonctionnelles et vivant à domicile (ou du moins, n'étant pas hébergées de façon permanente). Le SMAF a été utilisé pour identifier les personnes âgées vulnérables. Le seuil d'admission au SIPA a été fixé à un score de 10 et plus. Afin d'évaluer l'impact du projet au moyen d'un essai clinique randomisé, les personnes âgées admissibles ont été assignées au hasard, soit au SIPA, soit au programme régulier des CLSC, pour assurer le plus haut degré de comparabilité possible entre les deux groupes (Béland *et al.*, 2001).

Les gestionnaires de cas (travailleuses sociales, infirmières et une ergothérapeute) ont représenté un élément majeur du fonctionnement du programme. La plupart ont assumé un double rôle, c'est-à-dire qu'elles ont continué aussi à exercer les fonctions propres à leur occupation d'origine en plus de la gestion de cas. Chacun des sites de CLSC a mis au point son propre modèle de gestion de cas. Dans les deux sites, le modèle de gestion de cas a été à peu près identique pour les travailleuses sociales, mais différent pour les infirmières. Un site a encouragé l'infirmière-gestionnaire de cas à continuer d'assumer la presque totalité des soins cliniques. L'autre site a plutôt opté pour un modèle de « courtage » pour toutes les gestionnaires de cas, les soins infirmiers étant à la charge d'une équipe d'infirmières cliniciennes. Ce projet a offert un système de garde infirmier, 7 jours par semaine, 24 heures par jour, dans le but d'assurer une réponse rapide et flexible aux besoins de la clientèle (Béland *et al.*, 2001).

L'évaluation de ce projet a comporté trois volets : une étude d'implantation, une étude d'impact sur la santé et l'utilisation des services ainsi qu'une évaluation de la qualité. L'évaluation d'implantation s'est déroulée durant la phase 1 du projet (juin 1999 à mai 2000) et a été accomplie au moyen d'une étude de cas multiples imbriqués (Yin, 1994). Les deux premiers cas correspondaient à chacun des sites expérimentaux (deux territoires de CLSC) et le troisième à l'expérimentation dans son ensemble. Les niveaux d'analyse étaient les suivants : le système local d'organisation des soins, les relations interorganisationnelles, les opérations intra-organisationnelles et les acteurs (Touati et Denis, 2001). Plusieurs méthodes de collecte de données ont été utilisées pour cette évaluation, dont 78 entrevues, de l'observation non participante de réunions, des analyses documen-

taires et vingt études de cas. Les principaux constats qui découlent de cette évaluation d'implantation sont les suivants (Béland *et al.*, 2001).

Évaluation de la clientèle

Les 606 personnes âgées qui ont participé à l'expérience sont celles qui étaient visées au départ. Des aînés avec incapacités fonctionnelles et nombreuses maladies chroniques (en moyenne cinq, dont des problèmes cognitifs (33 %) et des symptômes dépressifs (12 %)) et qui utilisaient intensivement l'ensemble des services sociaux et de santé. La majorité étaient des femmes très âgées. Un peu plus du tiers vivaient avec un conjoint et la moitié vivaient seul. Plusieurs usagers disposaient de très peu de ressources sociales et financières.

Évaluation des activités et services

Au niveau du fonctionnement, la charge de cas a varié en fonction des modèles choisis. Après quelques mois de fonctionnement, la taille des charges de cas (*case load*), s'établissant à 50 usagers par gestionnaire de cas, a été revue à la baisse. Les gestionnaires de cas suivant un modèle de courtage se sont alors occupé de 45 usagers, comparativement à 32 pour l'infirmière-gestionnaire de cas qui assumaient des soins cliniques. Les gestionnaires de cas, quel que soit leur profil professionnel, ont couvert tout ce qui concernait la gestion de services, autant le volet médical que psychosocial.

Le partage des rôles cliniques d'origine avec la gestion des services a été source d'insatisfaction. Même au niveau du site qui avait adopté le modèle de « courtage », les infirmières-gestionnaires de cas ont continué d'assumer la majorité des soins infirmiers.

Les infirmières ont semblé s'identifier encore beaucoup à leur profession d'origine. Chacune des deux professions de base a offert des avantages au regard des responsabilités du gestionnaire de cas. L'infirmière a été parfois plus à l'aise pour établir des liens avec le médecin traitant, tandis que la travailleuse sociale fut plus apte pour négocier avec le client et sa famille ou pour offrir du soutien à l'aidant. Les avantages de ce modèle mixte sont le maintien des habiletés reliées à la profession de base, ainsi qu'une plus grande facilité à établir un lien de confiance avec les usagers.

La coordination au sein des équipes a été excellente et fut le fruit d'un apprentissage collectif (apprendre à impliquer davantage le médecin attitré au SIPA, familiarisation des travailleurs sociaux avec les aspects médicaux, ...). Un progrès notable du SIPA découle du fait que les plans de services individualisés d'un des deux sites ont tous été conçus collectivement. Les médecins omnipraticiens du SIPA ont participé progressivement à la réalisation des PSI, contrairement aux autres médecins de la communauté. De plus, les personnes âgées et leurs proches ont été impliqués dans la prise en charge de leurs problèmes.

Des progrès indéniables sur la coordination entre les établissements ont été accomplis, notamment avec les services de l'urgence, grâce à des ententes reconnaissant un droit au gestionnaire de cas d'intervenir dans des prises de décision qui relevaient jusqu'alors de la compétence de l'établissement partenaire. Par contre, toutes les redondances n'ont pu être évitées et un manque de continuité dans l'information entre le personnel hospitalier et les sites SIPA, fut relevé. Le manque de continuité peut s'expliquer par le haut taux de roulement du personnel sur les unités de soins des hôpitaux, par l'absence d'un leadership

local associé au projet SIPA au sein de ces établissements, par des lacunes au niveau de la transmission de l'information à l'interne et par des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers.

Évaluation des ressources

On a noté une utilisation rapide et flexible des ressources. Des outils cliniques innovateurs ont été implantés pour soutenir la pratique et mobiliser la première ligne. Entre autres, on note le développement et l'application de protocoles de gestion des services lors d'incidents critiques, tel qu'une chute. Bien qu'appréciés, ces protocoles ont fait l'objet de critiques de la part des intervenants en ce qui a trait à la formation jugée insuffisante et à la pertinence d'une application généralisée de certains. Des lacunes ont été soulevées au niveau de l'accessibilité du transport adapté, des rendez-vous médicaux et de l'hébergement temporaire pour répit.

Une limite importante à l'implantation du réseau et à la généralisation du modèle relève de la dotation des postes. Les deux sites ont eu de la difficulté à combler certains postes. Des postes (ex : infirmière, physiothérapeute, auxiliaires familiales) sont restés inoccupés pendant des périodes variables, l'embauche a été continue, le recours à la sous-traitance a été important et du personnel infirmier jugé peu expérimenté a été recruté. Ce problème a nui à la continuité et à la coordination des soins. Les responsables de programme ont dû continuellement former les nouvelles recrues, aux dépens de l'amélioration du modèle SIPA. Deux raisons peuvent expliquer une partie de ce roulement de personnel : le caractère expérimental du projet avec les incertitudes liées au financement du projet, ainsi

que le manque de soutien à ses intervenants. Le taux de roulement des gestionnaires de cas a été d'environ 20 %.

Le recrutement et la participation des médecins de famille ont aussi fait obstacle à l'implantation du projet. Peu de médecins ont été intéressés à élargir leurs responsabilités (davantage de visites à domicile, participation à des discussions de cas, participation à un système de garde) dans le cadre du modèle SIPA. L'absence d'omnipraticiens dédiés au SIPA dans chacun des sites pendant une partie de l'expérimentation, le manque de temps, le peu d'attrait pour la pratique du maintien à domicile, les salaires dans les CLSC jugés trop bas et la résistance à l'introduction de la capitation sont au nombre des raisons pouvant expliquer la faible participation des médecins. De plus, les médecins de la communauté, n'ayant qu'environ 3 % de leur clientèle inscrite au projet SIPA, (600 aînés pour 250 médecins de famille), ont été moins intéressés à s'intégrer à ce nouveau mode de fonctionnement. Toutefois, chacun des patients SIPA s'est vu attribuer un médecin, ce qui constitue un des succès de l'expérimentation. Globalement, le projet n'a pas eu un impact significatif sur la qualité de la coordination avec les médecins de la communauté. Les gestionnaires de cas n'ont pas toujours fait l'effort de les intégrer. Découragés par les problèmes de communication avec certains médecins, plusieurs ont considéré l'intégration de ceux-ci comme étant un obstacle insurmontable.

En conclusion, l'implantation fut réussie en ce qui concerne les points suivants : l'utilisation rapide et flexible des ressources, le travail interdisciplinaire, la collaboration du médecin SIPA au sein de l'équipe, la planification, la coordination et la continuité des interventions, ainsi que le suivi des services cliniques. Elle fut partiellement réalisée en ce

qui concerne l'utilisation des protocoles, la responsabilité financière et la reconnaissance de la légitimité de la gestion de cas par les différents milieux. Les faiblesses dans la collaboration avec les médecins de la communauté, la définition des rôles et responsabilités du médecin traitant en lien avec le gestionnaire de cas et l'équipe interdisciplinaire SIPA, la coordination des interventions avec certains établissements partenaires, de même que la responsabilité clinique des gestionnaires de cas sont les éléments qui ont été les plus difficiles à implanter (Béland *et al.*, 2001).

Une étude d'impact sur 22 mois (du 1^{er} juin 1999 au 31 mars 2001), au moyen d'un essai clinique randomisé auprès de 1 230 personnes âgées, a permis de faire ressortir les conclusions suivantes. Aucune différence entre les deux groupes effet ne fut démontrée en lien avec l'état de santé des aînés (morbidité et mortalité), la médication et l'hébergement. Le fardeau des aidants ne fut pas supérieur dans le groupe expérimental. Les coûts totaux furent les mêmes dans le groupe expérimental et témoin. Par contre, les personnes âgées ont eu un meilleur accès aux médecins en clinique privée et à tous les services communautaires offerts en CLSC, notamment les services à domicile aux personnes âgées qui vivent seules. La durée de séjour à l'urgence a diminué de 10 %. Les aînés ont été deux fois moins nombreux en attente d'hébergement dans les hôpitaux de courte durée. Enfin, les aînés avec des incapacités modérées à sévères ont vu leur durée de séjour diminuer de 33 % lors d'hospitalisation en soins aigus. Toutefois, l'achat de places en résidences privées protégées pour personnes âgées en perte d'autonomie, utilisées pour l'hébergement temporaire, la convalescence ou l'attente d'une place en CHSLD, peut représenter un biais à l'interprétation de certains résultats. Par contre, l'un des objectifs du SIPA était de promouvoir l'utilisation de ressources alternatives au

réseau institutionnel d'hébergement public en utilisant des ressources privées moins coûteuses, mais en garantissant une qualité de soins. Cette qualité de soins était assurée par la prise en charge des personnes âgées admises dans ces ressources par les intervenants cliniques SIPA (Béland, 2003; Bergman, 2003).

Pour terminer, une évaluation de la qualité des soins et des services a été réalisée. Les personnes âgées sans troubles cognitifs des groupes expérimentaux et témoins ont répondu à un questionnaire au temps₀ et un an après le début du SIPA. Les personnes de soutien (aidants naturels) ont répondu à un questionnaire de même format sur les services qu'elles reçoivent dans leur rôle de soutien, un an après le début du SIPA. De plus, des études de cas auprès de 20 sujets SIPA et des cas traceurs ont été utilisés pour compléter l'appréciation de la qualité des soins.

L'analyse de l'ensemble des résultats indique, entre autres, une satisfaction / qualité perçue égale ou supérieure des personnes âgées et des personnes de soutien du groupe SIPA par rapport au groupe témoin, des besoins non comblés présents parmi les personnes âgées et les personnes de soutien des groupes SIPA et témoin, dans une plus faible proportion pour les personnes de soutien du groupe témoin (Lebel et Ducharme, 2002).

Cette première évaluation démontre la capacité du SIPA à modifier les configurations d'utilisation des services en maintenant ou augmentant la qualité des soins et la satisfaction des personnes âgées via la responsabilité clinique conjointe des usagers, et ce par une équipe multidisciplinaire qui comprend la première ligne.

2.5.3.2 *Modèle des Bois-Francis*

Ce modèle de réseau intégré est celui qui se rapproche le plus du modèle qui a été implanté en Estrie. Contrairement aux précédents, où le réseau est basé sur une seule organisation qui dispense la majorité des services et coordonne l'essentiel des autres, celui-ci se veut davantage une intégration virtuelle puisque le réseau est organisé autour d'un ensemble de distributeurs de services qui coordonnent leurs actions afin d'offrir des services diversifiés et continus (Walston *et al.*, 1996).

Le réseau intégré des Bois-Francis a été mis en place en février 1997 sur deux territoires de MRC (les MRC d'Arthabaska et de l'Érable). Ce réseau est une initiative des intervenants du terrain. Plus de 5000 personnes âgées ont eu accès au mécanisme de gestion de cas depuis son implantation en 1997.

La description du projet, ainsi que son évaluation ont été majoritairement tirés du rapport de l'évaluation d'implantation et de processus du réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francis (Bonin, 2001).

Ce réseau est composé des six premiers éléments définis précédemment. Il repose sur l'interdépendance de mécanismes de concertation intersectorielle à trois niveaux décisionnels : le niveau stratégique (gouverne), le niveau tactique (gestion) et le niveau opérationnel (clinique). Il comporte une porte d'entrée unique, située dans les bureaux des deux CLSC (CLSC Suzor Côté et CLSC de l'Érable) où les fonctions de triage, d'information et d'orientation des demandes de services sont exercées par des gestionnaires de cas

(travailleurs sociaux ou techniciens en assistance sociale). Ces derniers assurent une coordination longitudinale et continue des services au moyen, entre autres, du plan de services individualisé, d'un outil unique d'évaluation des besoins : l'outil multIClientèle, incluant le SMAF, et d'un dossier clinique informatisé (DCI) : le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG). Dans la conceptualisation du modèle, les gestionnaires de cas assument un double rôle en continuant d'assurer des services psychosociaux thérapeutiques à toute la clientèle de 65 ans et plus à risque ou en perte d'autonomie. Les tâches des gestionnaires de cas sont celles définies précédemment dans la présentation des éléments de base d'un réseau intégré.

Une évaluation d'implantation a été réalisée durant les deux premières années de fonctionnement et les résultats disponibles portent sur les deux premières années de fonctionnement. Cette évaluation combine des données quantitatives tirées des systèmes de triage (feuilles quotidiennes de compilation des appels), du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (SIC) et du dossier clinique informatisé (SIGG), disponible durant les derniers huit mois d'implantation. De plus, elle repose sur des données qualitatives provenant de la lecture d'échantillons de dossiers, d'entrevues individuelles, d'entrevues de groupe et d'observation directe.

Évaluation de la clientèle

La clientèle ciblée par le réseau des Bois-Francis est la suivante :

« Aînés de 65 ans et plus et les moins de 65 ans présentant un profil gériatrique qui désirent recevoir de l'aide et dont l'équilibre avec leur entourage est rompu ou à risque d'être rompu, étant donné la présence simultanée de plusieurs problèmes médicaux et psychosociaux significatifs. Plus spécifiquement ceux : en perte d'autonomie tant au plan fonctionnel (atteintes dans la capacité d'accomplir les

activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique) qu'au plan cognitif (démence), vivant une situation conflictuelle à domicile (abus, négligence, isolement), recourant fréquemment aux services de santé (hospitalisations, consultations médicales et changements de médication fréquents), recevant plusieurs services de différents organismes, séjournant dans les services de deuxième ligne (UCDG, URFI), à risque d'institutionnalisation ou en demande d'hébergement » (Durand *et al.*, 2001).

Deux ans après le déploiement de ce réseau intégré, l'analyse d'implantation a démontré que la clientèle visée initialement (score au SMAF de 15 ou plus) avait été atteinte par le mécanisme de coordination. Cette clientèle, de plus de 900 aînés, se composait majoritairement de femmes (63,0 %), était âgée (l'âge moyen étant de 80 ans), demeurait à domicile (67,0 %) et présentait des incapacités au plan de l'autonomie fonctionnelle (le score moyen au SMAF étant de 25,1). Toutefois, un score SMAF n'a pu être calculé que pour 41,0 % des dossiers, et ce lors de la deuxième année seulement. Au plan des motifs d'intervention, lorsque ceux-ci sont regroupés par problèmes, on a pu constater que les problèmes de santé physique étaient les plus prévalant (85,0 % des clients), suivi des problèmes sociaux, puis des troubles cognitifs et des démarches de placement. Sur le plan physique, les maladies cardiovasculaires affectaient le plus grand nombre d'utilisateurs (46,0 % des personnes).

Les références au mécanisme de coordination sont provenues de diverses sources. Celles du réseau naturel (30,0 %) et celles provenant des services du réseau public de 2^e ligne (30,5 %, unité de courte durée gériatrique, UCDG et autres unités du centre hospitalier de courte durée) sont les plus nombreuses, suivi des références des médecins (21,1 %), puis celles des services de première ligne (12,6 %). Les références des ressources commu-

nautaires intersectorielles et en provenance de l'urgence, ont été beaucoup moins inscrites ou codifiées.

Évaluation des activités et services

L'évaluation de l'implantation a aussi porté sur la gestion de cas et a fait ressortir les constats suivants. La charge de cas des neuf gestionnaires s'est établie en moyenne à 54 dossiers actifs par gestionnaire de cas, et ce dès les trois premiers mois d'implantation. Une charge de cet ordre s'est avérée trop élevée selon les gestionnaires de cas. Deux postes de gestionnaires de cas ont été ajoutés depuis l'implantation initiale.

Les gestionnaires de cas ont consacré la plus grande partie de leur temps aux interventions cliniques (activités cliniques liées aux services auprès des clients), suivies par la concertation clinique et la mise à jour des dossiers. La fonction d'évaluation était présente dans plus d'un dossier sur deux, celle de planification et coordination figurait dans les deux tiers des dossiers et la fonction d'intervention psychosociale était codifiée dans un dossier sur cinq. En moyenne, chaque dossier comportait cinq interventions réalisées par le gestionnaire de cas. Durant la deuxième année, suite à l'introduction du DCI, la documentation d'un SMAF au dossier de l'utilisateur a été réalisée. Dans 50 à 60 % des dossiers, la présence d'un SMAF a été notée, mais ces SMAF n'étaient complets que pour 41 % des dossiers. L'outil multicientèle figurait dans 45 % des dossiers, tandis que l'on pouvait retrouver un plan de services dans seulement 25 % des cas. Pour les trois quarts des usagers, deux services ou moins y étaient inscrits. L'utilisation des outils cliniques d'évaluation et de planification de services est en constante progression avec l'intro-

duction du DCI depuis 1998. Le rapport de recherche sur le DCI, rapportant les résultats des quatre premières années d'utilisation, n'est pas encore publié.

Le délai de réponse défini par le temps écoulé en jours ouvrables entre la demande de services et l'intervention notée par l'intervenant-pivot dans le dossier, était le même jour pour le quart des dossiers et pour les autres, en dedans de trois jours. Les gestionnaires de cas assuraient donc une offre rapide de services aux usagers, aux dépens d'une évaluation formelle des besoins et d'une rédaction systématique des plans de services individualisés (PSI). Toutefois, ces évaluations et planifications de services se retrouvaient dans les notes évolutives. Une recommandation importante après les 24 premiers mois d'implantation, fut de formaliser davantage les évaluations des besoins et la rédaction systématique des PSI.

Au niveau des relations avec les autres professionnels, l'implication des gestionnaires de cas au sein des équipes multidisciplinaires a favorisé leur intégration ainsi que celle d'autres professionnels. Toutefois, il ressort que les relations avec les médecins ont été plus difficiles à établir et que ceux-ci n'ont pas collaboré autant qu'il aurait été souhaité. L'absence de contact notée avec le médecin de famille pour quatre usagers sur cinq soulève des interrogations (Durand *et al.*, 2001).

Par ailleurs, les lieux d'interventions ont été très variés, les gestionnaires de cas ont rencontré les personnes âgées à domicile ou dans les divers services du réseau. La répartition de leur tâche en fonction des lieux d'intervention s'est définie comme suit : plus de

50 % auprès des usagers, environ 30 % à leur bureau, puis les 20 % restants en réunions d'équipe ou en déplacement.

Enfin, l'évaluation de l'implantation au niveau des activités et services a indiqué que les gestionnaires de cas se sentaient divisés entre leur double rôle de coordonnateur de soins et d'intervenant psychosocial, puisqu'ils se sentaient d'une part coincés entre les attentes des clients et du système, et d'autre part ils réalisaient que les personnes âgées perdaient de vue leur rôle de travailleur social. Malgré tout, l'ensemble des gestionnaires de cas sont en accord pour privilégier le modèle mixte, afin de préserver le lien de confiance avec la clientèle et conserver leurs habiletés professionnelles.

Évaluation des ressources

Plusieurs ressources ont été mises à la disposition des gestionnaires de cas. Parmi celles qui ont aidé à la mise sur pied de ce nouveau programme, on mentionne l'utilisation du dossier clinique informatisé (SIGG). Implanté après dix-huit mois de fonctionnement, cet outil a été jugé indispensable à la réalisation d'une gestion de cas efficace. Son implantation a permis aux intervenants d'avoir accès à une information complète et à jour sur chacun de leurs clients, a soutenu les échanges cliniques entre les professionnels, et a conduit à une meilleure utilisation des autres outils mis à leur disposition. Le retard dans l'implantation du DCI a aussi été bénéfique, puisqu'il a nécessité un apprentissage important qui fut facilité par le fait que la fonction de gestionnaire de cas était alors bien intégrée, après plus d'un an de fonctionnement. D'autres ressources ont aussi facilité l'implantation de la gestion de cas, telles que la formation de base reçue initialement, la formation continue offerte aux gestionnaires de cas et les rencontres d'équipe.

Le travail en réseau et l'approche de gestion de cas ont permis de bien identifier la fragilité du continuum de services, dont l'insuffisance de certains services, notamment en hébergement temporaire. Ce manque de services a limité le travail des gestionnaires de cas. Un autre obstacle à l'implantation du projet fut une appropriation lente du PSI et un manque initial d'habiletés pour l'utiliser.

Globalement, l'implantation du réseau fut très appréciée. Les gestionnaires de cas ont eu l'impression de rejoindre la bonne clientèle, au bon endroit et au bon moment. Des liens ont été créés entre les établissements et les professionnels et ont permis d'améliorer les communications, le travail interdisciplinaire et la coordination des différents services.

Les résultats de l'étude d'impact après trois ans d'implantation sont concluants. Ils sont préliminaires, puisque la procédure était en développement au moment où on en mesurait l'effet. Bien que l'implantation du réseau intégré n'a pas eu d'effet direct sur le taux de mortalité ni sur l'utilisation des services (urgence, hospitalisation), elle a diminué l'hébergement et le désir d'hébergement ($p < 0,05$ après 1, 2 et 3 ans); a permis qu'une plus grande proportion d'individus évoluent sans détérioration (c'est-à-dire sans décès, hébergement ou augmentation de cinq unités et plus au score du SMAF, $p = 0,002$ à 1 an et $p = 0,07$ à 2 ans); a allégé le fardeau des aidants ($p < 0,05$ après 1 et 2 ans); a retenu un engagement des médecins plus soutenu que dans le groupe expérimental; puis a assuré une plus grande satisfaction par rapport aux services reçus, tant au niveau de la qualité que de la continuité. En plus, ce programme a été rentable économiquement et tous ces effets ont été obtenus sans ajouts de ressources, mais avec une utilisation plus efficiente de celles-ci. Afin de généraliser les résultats à la grandeur du Québec, la réplication de

tels mécanismes dans différents contextes et leur évaluation permettra d'assurer une meilleure validité externe des résultats (Durand *et al.*, 2001).

2.5.3.3 *Autres modèles*

Les modèles qui suivent s'éloignent davantage du modèle qui est implanté en Estrie ou n'ont pas fait l'objet d'évaluation d'implantation formelle jusqu'à maintenant. Pour ces raisons, ils seront abordés plus brièvement.

Guichet unique en CLSC, Montréal-Centre

À Montréal, en 1998, sept CLSC ont implanté un guichet unique ainsi que la gestion de cas pour la population âgée de 65 ans et plus, en perte ou à risque de perte d'autonomie. Globalement, le but du réseau était d'améliorer le soutien à domicile via une meilleure coordination des services et la rationalisation des dépenses publiques. Le fonctionnement était le suivant : toutes les demandes étaient acheminées à un guichet unique où une évaluation préliminaire était faite. À la suite de celle-ci, on orientait la demande soit en gestion de cas, soit en soins à domicile. Les gestionnaires de cas étaient des infirmiers, des travailleurs sociaux ou des intervenants en réadaptation. Ils continuaient d'exercer leur pratique clinique. L'attribution des cas, se faisait selon la majeure du gestionnaire de cas. Les tâches accomplies par les gestionnaires étaient identiques à celles définies précédemment.

À la suite de cette expérimentation, une meilleure continuité des soins et une amélioration de la communication entre les partenaires, principalement avec le milieu hospitalier, ont été notées. Toutefois, la fragmentation des soins et services qui existait s'est maintenue.

La clientèle rejointe, malgré un manque d'unification dans les critères de sélection à travers les établissements, fut en grande partie celle qui était ciblée.

Le double rôle d'intervenant clinique et de gestionnaire de cas a été conflictuel. « Les gestionnaires de cas ont été peu satisfaits de leur nouveau rôle, soit parce qu'ils étaient davantage orientés vers des préoccupations cliniques, soit en raison du fardeau considéré comme trop lourd. » Des problèmes de compréhension du rôle du gestionnaire de cas ont été relevés. Un manque d'intérêt de la part des médecins s'est fait ressentir. (Larivière *et al.*, 2000).

Le guichet unique de Laval

Le guichet unique de Laval, implanté dans quatre CLSC en 1998, prend appui sur le modèle des Bois-Francis et sur le cadre de référence de Montréal-Centre. Il comporte les trois mécanismes suivants : le guichet unique, la gestion de cas et le plan de services individualisé. Son approche, au moyen de deux types de gestion de cas, a créé beaucoup de confusion. Les deux styles de gestion étaient les suivants. Le gestionnaire de cas centralisé est un intervenant psychosocial, dont la tâche, principalement au téléphone, consiste à évaluer les demandes des clients non connus et à voir au dépistage précoce des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la gestion de cas. Le gestionnaire de cas individualisé, est un professionnel de la santé (infirmier, intervenant social...) dont la tâche, plus clinique, est de planifier et coordonner les services.

Les résultats ne sont pas concluants. Les gestionnaires de cas centralisés ont trouvé leur fonction routinière et les gestionnaires de cas individualisés n'ont pas noté de différences

par rapport à leur fonctionnement antérieur. Le rôle de ces deux types de gestionnaires de cas auprès des partenaires n'a pas été bien compris. Peu de liens ont été créés entre les partenaires, les listes d'attentes ont augmenté et 13 % seulement des dossiers ont comporté un PSI (activités de juillet à décembre 1998). L'absence d'outils informatiques a imposé des délais. Les avis sont partagés quant à l'atteinte d'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins pour les personnes âgées (Direction de la santé publique de Laval, 1998).

Haut Saint-Laurent

La mise en place d'un réseau intégré pour la population du territoire rural de la MRC du Haut Saint-Laurent, est en cours depuis novembre 1998. Ce réseau, plus global, vise l'ensemble de la population. « Le projet vise la réorganisation clinique et fonctionnelle de quatre secteurs d'activités : les services ambulatoires de première ligne, les adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, la santé mentale et la santé cardiovasculaire. » Un élément central de ce réseau est la capitation populationnelle comme mode de rémunération. D'autres éléments clés sont les CLSC comme guichets d'information, un réseau informatique reliant les établissements et les centres médicaux, une équipe sous-régionale de gestionnaires de cas, le développement de protocoles cliniques et l'intégration d'infirmières dans les centres médicaux. Le recours à ces infirmières dans les centres médicaux est un important facteur de succès. Pour l'instant, le projet est à la recherche d'un financement stable. Aucun rapport d'évaluation d'implantation n'est encore disponible (Rho *et al.*, 2001).

Projet PACTE (Projet d'action concerté sur les territoires)

Les CLSC Orléans (Beauport) et La Source (Charlesbourg) de la région de Québec ont expérimenté une gestion locale des services de santé et des services sociaux pour mieux répondre aux besoins de services des aînés de leur territoire. L'objectif général était aussi de maintenir dans la communauté les personnes âgées qui ont besoin de plusieurs services. Ce modèle reposait sur les quatre fonctions suivantes, assumées par les organisations de première ligne : l'identification (repérage des personnes ciblées, évaluation de leur autonomie, inscription à PACTE et remise d'une carte privilège donnant accès à une infirmière 24 heures par jour, 7 jours par semaine (guichet unique), la réponse (au moyen des services offerts par les deux CLSC), l'orientation (référence vers d'autres ressources) et la remise à jour continue du processus.

Une évaluation de ce projet a permis de déterminer dans quelle mesure cette expérimentation a atteint les objectifs fixés. De façon générale, l'expérimentation a permis la mise en place des services essentiels à l'atteinte des objectifs du modèle. En ce qui concerne le modèle et ses composantes, six observations principales sont faites.

Ce modèle de gestion locale des services a reçu une reconnaissance unanime des personnes interpellées, le guichet téléphonique s'est avéré être la pierre angulaire de PACTE, le modèle a permis la création de corridors privilégiés aux services médicaux spécialisés des centres hospitaliers, la présence d'infirmières PACTE dans les centres hospitaliers a favorisé la création des corridors de services et peut être associée aux réductions des durées moyennes de séjours observées. De plus, PACTE a nécessité une

consolidation rapide de la capacité de réponse des CLSC et enfin, ce projet a permis la création d'alliances entre plusieurs partenaires, principalement avec les centres hospitaliers.

Au niveau des impacts de l'implantation d'un tel modèle, il semble que PACTE a aidé à l'identification de personnes en perte d'autonomie ou à risque de l'être qui n'étaient pas connues des programmes de maintien à domicile, a aidé à la réduction des durées moyennes de séjours en centre hospitaliers, a permis un plus grand recours aux CLSC et un moins grand recours aux membres de la famille et enfin, est associée à une satisfaction élevée des personnes face aux services reçus. Les aînés inscrits à PACTE ont exprimé un sentiment de sécurité et une tranquillité d'esprit, ce qui a probablement permis de les maintenir plus longtemps à domicile (Lamarche *et al.*, 2001).

Le tableau 1 présente la synthèse des quatre principales expériences, soit : PACE, CHOICE, SIPA et le modèle des Bois-Francis.

TABEAU 1 : Synthèse des différentes expériences intégrant certains éléments d'un réseau intégré de services

[illegible]

TABEAU 1 : Synthèse des différentes expériences intégrant certains éléments d'un réseau intégré de services (suite)

Nom du projet	Population à l'étude	Principales composantes mises en place	Type d'évaluation	Moment de l'évaluation	Principaux résultats
CHOICE (<i>suite</i>)			IMPACT (<i>suite</i>)		<ul style="list-style-type: none"> - Haut niveau de satisfaction en lien avec les différentes composantes du programme (participants et aidants) - Réduction des coûts au niveaux hospitalier, ambulatoire, utilisation des ambulances et consommation de médicaments
Services intégrés aux personnes âgées (SIPA)	65 ans et plus avec incapacités fonctionnelles (score au SMAF de 10 ou plus)	<p>Modèle clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guichet unique - Gestion de cas - Plan de services individualisé - Outil d'évaluation unique - Dossier clinique informatisé <p>Modèle de gestion (évaluation)</p> <p>Modèle de financement (capitation)</p>	<p>IMPLANTATION (via une étude de cas multiples imbriquées (Yin, 1994))</p> <p>IMPACT (essai clinique randomisé, n=1230)</p> <p>Évaluation des effets sur la santé, sur l'utilisation de services, sur la qualité des soins et services et sur les coûts</p>	<p>Durant la première année (juin 1999 à mai 2000)</p> <p>Durant les 22 premiers mois (juin 1999 à mars 2001) sauf pour l'évaluation de la qualité des soins et services qui a été évaluée durant la 1^{re} année</p>	<p>Au niveau de la clientèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clientèle visée rejointe <p>Au niveau des activités et services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Charge de cas initialement trop élevée - Responsabilité clinique des gestionnaires de cas parfois en conflit avec leur nouveau rôle - Excellente coordination au sein des équipes - Amélioration de la coordination des services inter-établissements - Pas de différence statistiquement significative par rapport à l'état de santé (morbidité et mortalité), la médication et l'hébergement - Amélioration au niveau de l'accessibilité aux services et au niveau de la qualité perçue des soins et services - Diminution des durées de séjour à l'urgence et lors d'hospitalisation - Coûts totaux identiques dans les deux groupes (expérimental et témoin)

TABEAU 1 : Synthèse des différentes expériences intégrant certains éléments d'un réseau intégré de services (suite)

[illegible]

2.5.4 PRINCIPALES DIFFICULTÉS D'IMPLANTATION EN GESTION DE CAS

En plus des difficultés identifiées au cours des différentes expériences présentées, d'autres auteurs se sont penchés sur les obstacles à la mise en place d'une équipe de gestionnaires de cas. Toute la littérature disponible à ce sujet mentionne le même problème : la confusion qui existe par rapport à ce nouveau rôle. Le concept de gestion de

cas étant nouveau, les gestionnaires de cas ont de la difficulté à se faire une place au sein des équipes de soins, principalement auprès des médecins. Une meilleure connaissance des tâches et bienfaits du travail des gestionnaires de cas, ainsi qu'un lieu physique de travail près des autres intervenants seraient souhaitables afin d'améliorer l'interdisciplinarité (Feltès *et al.*, 1994; Landi *et al.*, 1996; Lee *et al.*, 1998).

Une deuxième faiblesse fréquemment soulevée est la difficulté, pour les gestionnaires de cas qui continuent d'exercer les fonctions propres à leur occupation d'origine, de concilier leurs deux rôles. Certains ont l'impression que leur identité professionnelle est en danger, d'autres vivent un problème d'ordre éthique ayant à représenter le client d'un côté et le système de l'autre (Béland *et al.*, 2000; Larivière *et al.*, 2000).

Enfin, certains gestionnaires de cas se sont dits épuisés émotionnellement et physiquement. La lourdeur clinique et administrative du travail a été rapportée à quelques reprises. La taille trop élevée des charges de cas (>50) et l'impossibilité de fermer des dossiers se sont révélés deux éléments déterminants (Guttman, 1999; Larivière *et al.*, 2000; Smith J.E., 1998).

2.6 Médecins et réseaux intégrés

La médecine moderne est de plus en plus complexe. Les médecins travaillent au sein de plusieurs milieux de soins et la communication interétablissements est pauvre. Il existe très peu de liens structurés entre les cabinets privés et les CLSC (Rodrigue *et al.*, 2000). Par ailleurs, le système actuel dans lequel le médecin travaille est principalement

construit autour d'une approche de soins aigus. La rémunération des médecins n'incite pas ces derniers à s'orienter vers des soins à domicile, ni vers une pratique davantage axée sur la continuité et la prévention. Les changements dans la structure d'âge de la population incitent de plus en plus la pratique actuelle de la médecine à se déplacer vers une pratique davantage communautaire (Netting et Williams, 1996).

Le médecin d'aujourd'hui ignore plus souvent qu'autrefois le contexte de vie de ses patients, puisqu'il le rencontre rarement dans son milieu de vie. Il connaît moins bien les problèmes sociaux et environnementaux de ses patients (White *et al.*, 1994). On remarque aussi une déresponsabilisation dans la dispensation des soins. Bien souvent, l'urgence ou le sans rendez-vous sont utilisés pour recevoir des soins périodiques. Au Québec, lors d'un sondage fait par la firme Léger et Léger en avril et mai 2000, certains patients disaient voir jusqu'à 20 médecins différents par année. Seulement 78,6 % des répondants disaient avoir un médecin de famille (Demers, 1995; Millette *et al.*, 1996).

En plus de ce manque d'imputabilité, on assiste à une modification de la force du travail. La stagnation du nombre d'omnipraticiens, le vieillissement des effectifs et la féminisation de la profession sont au nombre des raisons expliquant les problèmes d'accessibilité à un médecin de famille (Collège des médecins de famille du Canada, 2001). De plus, les médecins, aussi bien les hommes que les femmes, souhaitent maintenant une meilleure qualité de vie et davantage de temps pour les loisirs (Mc Whinney, 2001). À la suite à ces changements, on observe une tendance à délaisser la prise en charge des clientèles lourdes. La perception du groupe des 65 ans et plus a changé. La société

véhicule des idéologies de beauté et de jeunesse et l'âgisme se retrouve chez plusieurs, et aussi au sein des médecins, dès les premières années de formation (Orme, 2000).

Malgré tout, encore beaucoup de médecins s'occupent des personnes âgées. Dans une enquête menée par la FMOQ en 1999, 75 % des médecins disaient avoir des personnes âgées dans leur clientèle (Rodrigue *et al.*, 2000). Les médecins veulent améliorer la coordination des ressources médicales, l'accessibilité, la prise en charge et le suivi des patients avec des problèmes de santé complexes (Collège des médecins de famille du Canada, 2001; Desroches *et al.*, 1997).

D'un autre côté, les médecins sont anxieux et démotivés face au changement. Les attentes et exigences croissantes du public, l'alourdissement des tâches bureaucratiques et des règles de fonctionnement professionnelles sont au nombre des raisons qui expliquent ces réactions (Millette *et al.*, 1996).

Les médecins désirent améliorer l'intégration des services médicaux aux aînés. Pour ce faire, il souhaite eux aussi une porte d'entrée unique, des agents de liaison, un dossier patient informatisé et le recours à des infirmières et pharmaciens qui pourraient effectuer certains actes délégués. Ils veulent suivre davantage leur patient dans la communauté et ils favorisent l'approche multidisciplinaire des patients ayant des besoins complexes, mais demandent que leur mode de rémunération soit révisé en conséquence (Millette *et al.*, 1996; Young et Philp, 2000).

Depuis 1998, les DRMG (Département régional de médecine familiale), institués au sein de chaque Régie régionale et composés de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la RAMQ, sont en opération. Leur mandat est de définir et proposer un plan régional d'organisation des services médicaux généraux et d'en assurer la mise en place une fois ce plan adopté par la Régie régionale (Rodrigue *et al.*, 2000). Ils visent entre autres à accomplir un meilleur arrimage entre les dispensateurs de soins, invitant les cliniques privées et les établissements à travailler en complémentarité (Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000). En Estrie, le comité de direction du DRMG a formé les quatre comités aviseurs suivants : personnes âgées, santé mentale, hiérarchisation des services médicaux et groupes de médecine de famille. Le comité pour personnes âgées a comme objectif d'élaborer un plan d'action pour la mise sur pied d'un réseau de soins aux personnes âgées.

2.6.1 Médecins et implantation de réseaux intégrés

La perception des médecins en ce qui concerne les réseaux intégrés a été peu sondée au Québec. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a commandé à la firme SECOR, en 1999, une enquête sur les perceptions des omnipraticiens par rapport à leur pratique en général, ainsi qu'au positionnement stratégique des cabinets privés dans un réseau intégré de services. Aucun autre sondage systématique à ce sujet n'a pu être recensé.

Les résultats du sondage de la firme SECOR révèlent que 72 % des répondants croyaient que les omnipraticiens devraient, de plus en plus, faire partie de réseaux intégrés de services. Par ailleurs, une seule question portait sur les éléments de base d'un réseau

intégré : l'utilisation d'un dossier clinique informatisé par le médecin ou son personnel. Seulement 15 % des répondants ont mentionné en faire usage. Bien que d'utilisation encore limitée, la majorité des répondants (62 %) considéraient l'utilisation du dossier clinique informatisé utile ou assez utile pour leur pratique actuelle ou future. De plus, 72 % ne percevaient pas les nouvelles technologies de l'information, tel que le DCI, comme des menaces au contrôle de leur pratique. La gestion de cas, élément central d'un réseau intégré, n'a pas été explorée lors de cette enquête (Rodrigue *et al.*, 2000).

Une étude réalisée par Netting, rapporte que les médecins sont réticents face à l'intrusion d'un autre professionnel au sein de la relation patient-médecin, quelle que soit l'intervention réalisée (Netting et Williams, 1996; Adams *et al.*, 1996). Cela rejoint d'autres études évoquant que les médecins se considèrent les mieux placés pour coordonner et intégrer les soins de leurs patients. En fait, il existe une tendance naturelle pour les médecins à coordonner les services non médicaux des patients afin de les aider à rester autonomes (Millette *et al.*, 1996; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000; White *et al.*, 1994).

Comme autres difficultés soulevées lors de l'intégration des médecins aux réseaux intégrés Shortell *et al.* mentionnent l'intégration difficile des façons de faire des médecins dans les nouvelles pratiques du réseau; les ambiguïtés dans les rôles et les responsabilités des acteurs et des organisations, ainsi que l'absence d'incitatifs (modalités de rémunération) (Shortell *et al.*, 1993).

De plus, les médecins sont débordés, ils manquent de temps, sont de plus en plus désintéressés par la prise en charge des cas lourds et souhaitent être plus souvent avec leur famille. En ce sens, la venue des gestionnaires de cas pourrait sembler bienvenue. Toutefois, plusieurs sont encore septiques.

Les raisons expliquant la réticence des médecins face aux gestionnaires de cas sont nombreuses. Premièrement, comme mentionné précédemment, le médecin se définit comme le soignant principal qui joue un rôle central auprès du patient, ainsi la place qu'occupera le gestionnaire peut sembler menaçante (Feltès *et al.*, 1994; Netting et Williams, 1996). Deuxièmement, les médecins ont souvent été exclus des discussions et décisions lors de la planification de réseaux intégrés (Leatt *et al.*, 2000; Millette *et al.*, 1996). Troisièmement, ils n'ont pas une bonne compréhension du rôle du gestionnaire de cas. Plusieurs ne sont pas familiers avec les tâches des gestionnaires de cas et la complémentarité qui pourrait s'instaurer entre leurs tâches et celles des gestionnaires de cas (Feltès *et al.*, 1994; White *et al.*, 1994).

Le médecin doit devenir un membre de l'équipe ou à tout le moins un partenaire dans le processus. Il est bien reconnu que la participation des médecins à la prise de décisions concernant l'allocation des ressources et à la définition des services prioritaires, ainsi qu'une communication efficace et un lien étroit entre gestionnaires de cas et médecins s'avèrent des conditions essentielles au succès des réseaux intégrés (Bernabei *et al.*, 1998; Coddington *et al.*, 1997; Dugay *et al.*, 2002; Feltès *et al.*, 1994; Gillies *et al.*, 1997; Glendinning *et al.*, 2002; Netting *et al.*, 1999). De plus, la collaboration de tous les

médecins avec les gestionnaires de cas permet aux patients de conserver leur médecin de famille, avec qui une relation de confiance s'est établie au fil des ans.

Afin de faciliter l'intégration des gestionnaires de cas à la pratique médicale, les pistes de solutions sont les suivantes. Il faut tout d'abord enseigner aux médecins le fonctionnement des réseaux et le rôle des gestionnaires de cas ainsi que les limites de leur travail et la collaboration qui est attendue d'eux (Feltès *et al.*, 1994; Netting et Williams, 1996). On doit laisser le temps aux médecins de réaliser jusqu'à quel point les gestionnaires de cas peuvent leur être utiles. Toutefois, pour développer une relation de confiance, les gestionnaires de cas doivent être très flexibles et visibles. Les contacts en personnes se sont avérés très bénéfiques lors d'implantations antérieures. La communication informelle est celle qui a plu le plus aux médecins (Netting et Williams, 1999).

Les omnipraticiens doivent donc être convaincus des bienfaits de la gestion de cas. Ce qui semble convaincre les médecins de l'importance de travailler avec les gestionnaires de cas sont les commentaires reçus de leurs patients sur le travail de ces derniers (Netting et Williams, 1999). Inciter les patients à partager leur expérience des réseaux intégrés avec leur médecin semble donc une des solutions à privilégier.

2.7 Commission Clair

Le Rapport Clair, émis en décembre 2000, s'inscrit dans la foulée des réformes voulant améliorer l'organisation des services dans les diverses régions du Québec. Une section de ce rapport aborde plus spécifiquement les personnes âgées en perte d'autonomie. À ce

sujet, le rapport mentionne les lacunes du système actuel dans l'offre de services aux aînés. Il préconise la mise en place de réseaux intégrés de services.

Selon le Rapport Clair, ces réseaux doivent être gouvernés par cinq principes directeurs. Premièrement, ils doivent avoir la capacité d'offrir un ensemble complexe de services, qu'ils soient médicaux, sociaux ou de soutien. Deuxièmement, ils doivent permettre l'utilisation de la ressource la plus pertinente au point de vue clinique, humain et financier. Troisièmement, ils doivent viser l'intégration des services, principalement ceux de la première ligne. Pour ce faire, la commission suggère l'implantation de la gestion de cas comme outil essentiel de coordination et d'intégration des services. Quatrièmement, l'approche clinique géro-geriatrique qui insiste sur l'importance de la prévention et de la prise en charge précoce est recommandée. Enfin, de la formation (particulièrement en gériatrie), de la recherche (médicale, sociale et sur l'organisation des services) et de l'évaluation rigoureuse du développement de réseaux intégrés sont essentiels à l'amélioration des conditions actuelles (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Les Orientations ministérielles de 2001 continuent d'appuyer ces recommandations en insistant : sur l'intégration des services au moyen, entre autres, de gestionnaires de cas et de plans de services; sur l'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins; et sur la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux de prestation de soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001).

Donc, dans un contexte de ressources limitées, de transition technologique de plus en plus coûteuse, et d'accroissement du nombre de personnes avec des maladies chroniques, des changements s'imposent. Le patient, sa famille et la communauté doivent s'impliquer. De son côté, le système de santé doit améliorer l'accessibilité aux soins, la continuité dans l'offre des services et la prise en charge des personnes âgées avec des besoins complexes.

« Étant donné la complexité de la mise sur pied des projets et la spécificité des régions, la commission propose de commencer par des projets d'implantation dans chacune des régions » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

3. DESCRIPTION DU MODÈLE D'INTÉGRATION DES SERVICES EN ESTRIE

Depuis 1998, des activités préparatoires à l'implantation de réseaux intégrés sont en cours en Estrie. Le comité personnes âgées de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie avait identifié un problème de coordination de services pour ses personnes âgées. Ils ont donc élaboré un modèle à l'aide de différents travaux de recherche, ainsi qu'à partir de l'expérimentation poursuivie dans les Bois-Francs mise en place en février 1997. Ce modèle est composé des six éléments présentés précédemment : une coordination entre les partenaires (un mode de coordination), un guichet commun, un outil unique d'évaluation (l'outil multiclientèle comprenant le SMAF), une approche de suivi systématique (la gestion par cas), un outil de planification (le plan de services individualisé) et un système de communication informatisé interétablissements pour le suivi des clientèles (le dossier clinique informatisé). Il sera brièvement présenté, mais il faut souligner que la concertation, le guichet unique, ainsi que le dossier clinique informatisé ne seront pas discutés, car les deux premiers éléments font l'objet d'une évaluation d'implantation indépendante de cette étude par une personne et l'autre n'était pas encore implanté au moment de cette évaluation. Toutefois, pour approfondir ces éléments, on peut consulter le site internet du projet PRISMA (www.prisma-qc.ca).

Une lacune importante du modèle de l'intervention proposé en Estrie est l'absence des médecins. En fait, le modèle se résume aux six éléments définissant un réseau intégré. Beaucoup de latitude est possible lors de l'implantation du réseau, puisque les différents

intervenants qui doivent s'impliquer à chacune des étapes du processus, ainsi que le cheminement type d'une personne âgée, doivent être déterminés par la MRC qui met sur pied le réseau intégré. Un recueil d'outils a été produit par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie et mis à la disponibilité de chacune des sept MRC (RRSSS-Estrie, 1998).

Dans le cadre du plan de transformation du réseau en 1995, les établissements à l'intérieur des six MRC périphériques à Sherbrooke ont fusionné. Ainsi, les CLSC, CHSLD et centres hospitaliers de courte durée (CHCD) se sont regroupés sous une même administration dans chacune des MRC. Ce grand virage a considérablement préparé le terrain à l'intégration des services. Pour la MRC de Sherbrooke, la fusion s'est opérée horizontalement au niveau des CHCD et au niveau des CLSC. Le milieu a créé un Comité local de concertation (CLC) instance dynamique dédiée à l'organisation des services aux personnes âgées de la MRC (Dieleman, 2001).

Le modèle expérimenté en Estrie se distingue de ceux de SIPA (Montréal), de CHOICE (Alberta) et de PACE (É-U), car il s'agit de la mise en place d'une « structure parapluie » (structure regroupant d'autres structures autonomes sous un même chapeau) à laquelle les établissements acceptent de participer, ce qui les amène à adapter leurs opérations et ressources. Cette structure est imbriquée dans le système actuel (Veil, 2002).

Peu de ressources additionnelles ont été investies. En fait, le financement provient essentiellement de la régie régionale et de plusieurs partenaires locaux et régionaux impliqués, par exemple, les centres hospitaliers et l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke.

L'équipe de recherche PRISMA-Estrie (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est aussi un partenaire privilégié depuis 1999, puisqu'en plus d'avoir le mandat d'évaluer l'implantation et l'impact des réseaux intégrés, elle a aidé à la définition du modèle ainsi qu'à l'élaboration de certains outils. Son financement est indépendant, il provient de l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).

Le rôle de la région régionale dans l'implantation des réseaux intégrés en Estrie en a été un de coordonnateur et de formateur, par la distribution des informations sur les services intégrés, l'aménagement des activités propres à stimuler le développement des services intégrés dans les MRC et par l'instrumentation des responsables. Comme mentionné précédemment, elle n'a pas livré de modèle entièrement construit aux MRC. Ainsi, la stratégie d'implantation permettait de laisser de la place aux initiatives particulières d'une MRC dans la façon d'opérationnaliser les concepts et d'intégrer les nouvelles fonctions clés à leurs services. Chaque MRC a donc établi son propre cadre de référence à partir de sa réalité régionale en tenant compte de ses spécificités.

L'Estrie (région 05) est une zone très diversifiée tant au niveau de la densité de la population que de l'organisation sociosanitaire. Pour réaliser les différentes évaluations, dont celle de l'implantation, le groupe PRISMA-Estrie a désigné trois territoires de cette zone : la MRC de Sherbrooke et les MRC du Granit (Lac-Mégantic) et de Coaticook. Ces territoires ont été choisis en raison de leurs caractéristiques contrastantes en terme de contexte sociodémographique et d'organisation de l'offre de services sociosanitaires. Ce choix avait pour but de dégager l'influence de ces différents aspects sur l'implantation

des mécanismes et outils. Les trois territoires comptent pour 63 % de la population de l'Estrie.

Sherbrooke est une zone urbaine avec de multiples établissements dont un hôpital universitaire (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke), un institut de gériatrie à vocation régionale (Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke), un CLSC universitaire autonome, un centre de réadaptation (CRE) et 16 organismes communautaires. Coaticook est un milieu rural avec des établissements de soins et d'hébergement unifiés, incluant un CLSC, une urgence et un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Enfin, le Granit (Lac Mégantic) est aussi un milieu rural avec des établissements de soins unifiés, incluant un CLSC, un Centre hospitalier et un Centre d'hébergement.

Les objectifs du réseau intégré pour personnes âgées déterminés par la région régionale sont les mêmes pour les trois territoires. Les objectifs principaux sont d'accroître l'intégration, la continuité à court et à long terme, l'accessibilité ainsi que la coordination des services. Ce projet vise aussi une meilleure communication et interaction entre les soins de courte durée dans les hôpitaux, les services gériatriques (hôpital de jour, centre de jour, unité de courte durée gériatrique, services de réadaptation), les CLSC, les institutions d'hébergement, les entreprises d'économie sociale et tous les organismes communautaires. Comme objectifs secondaires, il souhaite réduire la perte d'autonomie, diminuer le fardeau des aidants, améliorer l'autonomisation des personnes âgées ainsi que leur satisfaction et celle de leur réseau, diminuer l'institutionnalisation en permettant aux aînés de demeurer le plus longtemps possible à domicile ou de réintégrer leur milieu de vie le plus

rapidement possible. Il espère aussi favoriser la complémentarité entre les services offerts en évitant les dédoublements des évaluations et interventions.

Une description plus complète de ces différents objectifs et la façon de les mesurer est disponible sur le site internet du groupe de recherche PRISMA, à l'adresse suivante www.prisma-qc.ca.

La clientèle visée par le réseau intégré en Estrie se compose des 65 ans et plus présentant des incapacités fonctionnelles entraînant une perte d'autonomie modérée à grave, définie objectivement par un score au SMAF de 15 ou plus, nécessitant plusieurs services et résidant dans la MRC. En plus de ces critères, d'autres facteurs peuvent être pris en considération selon les MRC.

L'équipe de recherche (PRISMA-Estrie), qui sous-tend les différentes évaluations, a estimé le nombre de gestionnaires de cas à temps plein, par MRC, en fonction des prémisses suivantes. Selon la littérature, un mécanisme de coordination, sensiblement similaire à celui impliqué dans l'intégration des services, est requis pour 10 % de la population âgée vivant à domicile. Une charge de cas maximale de 50 clients par gestionnaire de cas serait acceptable, et on suggère plutôt 45 usagers sachant que la coordination intensive et les évaluations de départ consommeront plus de temps. Les besoins estimés sont donc les suivants : 2,4 équivalents temps plein pour Coaticook, 3,5 équivalents temps plein pour le Granit et 19,7 équivalents temps plein pour la MRC de Sherbrooke.

Le fonctionnement suggéré du réseau intégré est le suivant. Tous les intervenants de la santé ou toutes autres personnes de la communauté sont invités à référer une personne âgée en besoin à l'endroit identifié à cette fin : le guichet unique ou commun ou encore l'accueil pour personnes âgées. Celui-ci est généralement situé au CLSC de la MRC et il est tenu par un intervenant de la santé autre qu'un gestionnaire de cas.

Un questionnaire de repérage à sept items, le PRISMA-7 (voir l'annexe B), permettant d'identifier rapidement les aînés en perte d'autonomie modérée à grave, afin de les diriger vers le guichet unique, fut mis à la disposition de tous les intervenants (groupes communautaires, personne de la santé...). Cet instrument est suffisamment sensible, il identifie huit personnes âgées sur dix en perte d'autonomie modérée à grave (sensibilité 78 %) et sa spécificité est de 75 % (Raïche, 2001). Il est utilisé par le personnel du guichet unique de façon systématique pour réaliser une première évaluation sommaire des besoins. Son utilisation est simple et permet aussi à des non-professionnels (bénévoles, proches aidants) de s'en servir, afin d'identifier les aînés qui pourraient être référés au guichet unique. Un autre questionnaire de repérage (McCusker *et al.*, 1999), ISAR (Identification of Seniors at Risk), dont la sensibilité et la spécificité sont semblables au PRISMA-7, pouvait aussi être utilisé pour le dépistage des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce questionnaire de repérage est utilisable exclusivement à l'urgence. Ces deux questionnaires permettent d'identifier la clientèle éligible à la gestion de cas. Par ailleurs, pour la MRC de Sherbrooke, un formulaire de référence pour la gestion de cas a aussi été élaboré afin d'indiquer les critères de sélection de la population cible, le score au SMAF ou au questionnaire de repérage, ainsi que l'identification du référant.

Selon le cas, l'intervenant du guichet unique donne tout simplement l'information nécessaire à la personne âgée ou oriente sa demande soit vers le service approprié, soit vers la gestion de cas. Une relance est prévue dans les semaines qui suivent auprès de ceux qui ne sont pas référés en gestion de cas, mais à qui on a suggéré de plutôt s'adresser directement à un service ou à un organisme. Les aînés qui sont référés en gestion de cas devraient voir leur demande traitée dans un bref délai. En dehors des heures d'accès du guichet unique, les demandes sont acheminées à Info-Santé qui les traitent selon les procédures établies. Les demandes de services sont alors envoyées au guichet unique dès sa réouverture.

Une fois le sujet assigné à un gestionnaire de cas, ce dernier procède à une évaluation globale des besoins du client au moyen de l'outil d'évaluation multiclientèle. Cette grille est divisée en différentes sections : l'état de santé de l'usager, ses habitudes de vie, le SMAF, sa situation psychosociale, ses conditions économiques, son environnement physique, ainsi qu'une page permettant la synthèse des principaux problèmes et des recommandations. Il élabore par la suite un plan de services individualisé (PSI) avec les partenaires concernés (dont le médecin traitant), la personne âgée et sa famille. Des objectifs clairs, réalistes et mesurables devraient être précisés pour chaque besoin, ainsi que les ressources appropriées nécessaires. Ces objectifs sont discutés avec le client et sa famille. L'étape suivante consiste en l'organisation et la coordination des services requis en fonction des ressources disponibles et des listes d'attente. Par la suite, le gestionnaire doit s'assurer que son client a bien reçu les services prévus et il doit réajuster le PSI et les services offerts en fonction de l'évolution du patient.

La participation du gestionnaire de cas aux réunions d'équipes multidisciplinaires concernant ses patients est requise. Il est tenu d'assurer un suivi de ses clients même si ceux-ci sont pris en charge par un autre professionnel, par exemple à l'urgence ou si son client est hospitalisé, afin de fournir l'information nécessaire et de faciliter le retour à domicile. Enfin, il doit aussi informer le médecin de famille, lorsque requis, de l'évolution de ses patients. Finalement, un dossier peut être fermé si le client déménage, décède, retrouve son autonomie ou est hébergé en permanence. À ce moment, le gestionnaire doit assurer le soutien nécessaire aux proches ou transmettre les informations aux nouveaux intervenants selon le cas. Le gestionnaire de cas est responsable du devenir de ses patients. Pour faciliter une meilleure continuité des services, une charge de cas (nombre d'utilisateurs actifs par gestionnaire de cas) de 45 a été établie comme objectif, par le groupe PRISMA-Estrie.

Il est important de ne pas confondre gestionnaire de cas et intervenant-pivot. Ce dernier existait déjà dans tous les milieux de soins afin de coordonner les plans d'interventions individualisés (PII), c'est-à-dire les interventions posées par l'équipe multidisciplinaire à l'intérieur même de son service ou organisme. L'intervenant-pivot n'a pas comme mandat de coordonner les services entre les établissements.

En ce qui concerne le rôle des omnipraticiens au sein du réseau intégré, il n'était pas déterminé clairement dans le modèle de l'intervention. Ce qui était suggéré était que chaque médecin devait participer à l'identification des personnes âgées pouvant bénéficier de la gestion de cas et devait s'impliquer si un de ses patients était suivi par un gestionnaire de cas.

Quelques réunions des médecins de l'ensemble des territoires de MRC en préimplantation du réseau, ont fait ressortir les éléments suivants. Les médecins se sont questionnés entre l'adoption de l'une ou l'autre des deux approches suivantes ou encore un mélange des deux. Un premier modèle était celui d'un groupe spécifique de médecins de famille attiré aux gestionnaires de cas et dont une proportion importante de la tâche consisterait au suivi des patients gériatriques lourds. Dans ce modèle, seulement les médecins qui le souhaitent s'occuperaient des personnes âgées en perte d'autonomie et développeraient ainsi une expertise en ce sens. La personne âgée ne pourrait continuer d'être suivie par son médecin de famille habituel et devrait accepter d'être prise en charge par un nouveau médecin.

L'autre modèle évitait ce transfert de médecin puisqu'il invitait tous les médecins à continuer de suivre leur clientèle tout en étant supportés par l'équipe des gestionnaires de cas. Comme mentionné précédemment, c'est vers ce deuxième modèle que les médecins se sont orientés lors de l'implantation initiale, non parce qu'elle semblait souhaitée par la majorité, mais plutôt parce qu'elle n'exigeait pas de changement de pratique de la part des médecins concernés.

Par ailleurs, les médecins ont mentionné un besoin grandissant d'infirmières cliniciennes. Pour eux, une infirmière clinicienne, en plus de coordonner les services des usagers, peut offrir des soins directement aux patients. De plus, elles peuvent faire de la garde à domicile conjointement avec le médecin de famille. Il semble qu'un tel service serait préféré à la gestion de cas telle que définie précédemment pour plusieurs médecins.

4. OBJECTIFS D'ÉTUDE

4.1 Objectifs du groupe de recherche PRISMA

La présente étude s'inscrit dans un contexte de recherche beaucoup plus large, comprenant des chercheurs, cliniciens et gestionnaires de l'Estrie, mais aussi de Québec, des Bois-Francis, de la Montérégie et de Laval, qui se sont regroupés afin de former le groupe PRISMA, désignant le programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie. Ce groupe de recherche est en charge de l'évaluation de deux réseaux intégrés implantés, soit celui dans les Bois-Francis et celui en Estrie.

La question générale sur laquelle se penche ce programme de recherche est la suivante : « Dans le contexte sociosanitaire actuel et compte tenu des ressources et structures en place, est-ce que l'implantation de mécanismes et d'outils pour dispenser des services intégrés et continus permet d'accroître la pertinence (réponse aux besoins), la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins et services aux personnes en perte d'autonomie? » (Hébert, 2000).

Plus spécifiquement le réseau intégré vise à :

- 1) opérationnaliser aux plans stratégique, tactique et opérationnel, les mécanismes et outils pour dispenser des services intégrés qui favorisent la continuité des services;

- 2) développer et valider des instruments cliniques et de gestion qui supportent l'opérationnalisation d'un système de services intégrés et qui facilitent l'adaptation à de nouveaux modes de pratiques professionnelles et organisationnelles;
- 3) développer, adapter et valider des mesures de la qualité des services, une méthode d'évaluation des coûts et des indicateurs de continuité des services;
- 4) évaluer l'implantation et le fonctionnement d'un système de services intégrés en identifiant spécifiquement les conditions facilitantes et contraignantes aux plans stratégique, tactique et opérationnel, à partir des points de vue des personnes ayant des incapacités et de leur réseau de soutien, des soignants et des gestionnaires;
- 5) évaluer l'impact de ce système sur la personne en perte d'autonomie, son réseau de soutien, sur l'utilisation des ressources (publiques, privées et bénévoles) et les coûts des services (Hébert *et al.*, 2000).

Les intentions du projet PRISMA-Estrie (sous-projet du programme PRISMA) découlent de ces objectifs en travaillant au développement d'outils cliniques (notons par exemple, la réalisation d'un questionnaire de repérage des personnes en perte d'autonomie modérée à grave), en participant à la validation d'instruments de mesure (soulignons par exemple, la création d'un questionnaire sur la satisfaction et l'autonomisation des usagers) et en comportant deux volets d'évaluation, un d'implantation, l'autre d'impact, orchestrés sur trois ans (2000 à 2003).

Les objectifs spécifiques du premier volet sont les suivants :

pour l'implantation :

- décrire le processus décisionnel à l'œuvre dans les trois territoires durant la phase de préimplantation;
- mesurer jusqu'à quel point les six mécanismes et outils d'intégration ont été implantés tel que planifiés au départ : la concertation des décideurs et gestionnaires au niveau local et régional, le guichet unique, la gestion de cas, le plan de services individualisé (PSI), le système de communication informatisé interétablissements (dossier clinique informatisé) et un outil unique d'évaluation : l'outil multiclientèle incluant le SMAF;
- comparer les niveaux d'implantation entre les trois territoires;
- identifier les facteurs qui peuvent aider à comprendre les succès ou les échecs observés dans la phase d'implantation;
- identifier les ajustements à faire pour assurer une meilleure congruence entre les mécanismes et outils d'intégration et l'environnement dans lequel ils s'implantent.

pour le fonctionnement :

- mesurer si la clientèle rejointe est celle qui était visée;
- évaluer si l'accessibilité, l'intégration et la continuité des services correspondent aux attentes;
- vérifier si la zone témoin maintient son statut de contrôle au niveau de son organisation de services.

Le deuxième volet consiste en l'évaluation de l'impact. Son objectif est de mesurer l'impact d'un réseau intégré de services sur :

- l'accessibilité et la continuité des services;
- les personnes elles-mêmes en termes d'autonomie fonctionnelle et d'autonomisation;
- la satisfaction des personnes elles-mêmes et de leur réseau de soutien;
- le fardeau des aidants;
- l'utilisation des ressources publiques, privées et bénévoles;
- les coûts publics et privés des services (Hébert et al., 2000).

Les membres de l'équipe de recherche PRISMA sont listés à l'annexe A. Les principaux chercheurs de cette équipe sont les mêmes que ceux du sous-projet PRISMA-Estrie.

4.2 Objectifs de l'étude

Le travail qui fait l'objet de cette maîtrise s'inscrit dans le cadre du projet de recherche de l'équipe PRISMA-Estrie. Ce mémoire ne présente pas l'ensemble de l'évaluation de l'implantation des réseaux intégrés en Estrie, tel que présenté dans les objectifs ci-haut mentionnés. Il se concentre sur deux groupes d'acteurs clés, les gestionnaires de cas et les médecins de famille, et sur trois des six composantes jugées essentielles à la réalisation d'un réseau intégré, soit la gestion de cas, le plan de services individualisé et l'outil unique d'évaluation : l'outil multiclientèle incluant le SMAF. Deux des trois autres composantes, soit la concertation entre les partenaires et le guichet unique, sont actuellement

évalués par un membre de l'équipe. La dernière composante, le dossier clinique informatisé le sera aussi lorsqu'implanté.

4.2.1 *OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE*

Documenter et analyser l'implantation initiale de certains éléments des réseaux intégrés de services pour personnes âgées, dans trois territoires (MRC) de l'Estrie, par le biais de deux groupes de professionnels situés au centre de l'actualisation de ces réseaux : les gestionnaires de cas et les médecins de famille. Le choix de ces deux groupes de professionnels a été ainsi pour des raisons essentiellement pratiques.

4.2.2 *QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES*

Les questions de recherche suivantes sous-tendent les objectifs spécifiques associés et ce, dans une perspective comparative entre les trois MRC :

1) Quel est le degré de mise en œuvre de trois des six composantes du réseau intégré visées par cette étude? (la gestion de cas, le plan de services individualisé et l'outil unique d'évaluation)

- Déterminer dans quelle mesure la population visée a été rejointe;
- Évaluer l'écart entre le modèle de gestion de cas prévu par chaque MRC et celui qui a été mis en œuvre par les gestionnaires de cas (degré de mise en œuvre);

- Documenter la suffisance et la pertinence des ressources à la disposition des gestionnaires de cas pour concrétiser leur rôle interdisciplinaires et inter-établissements.

2} Quels sont les facteurs facilitants et contraignants qui ont eu une influence sur le degré de mise en œuvre?

- Identifier quels sont les facteurs facilitants et contraignants le degré d'implantation de la gestion de cas;

3} Quel est le positionnement des médecins de famille face à un réseau intégré pour personnes âgées et face à la gestion de cas?

- Documenter les perceptions des médecins de famille en rapport à l'implantation du réseau intégré pour personnes âgées en Estrie et particulièrement la gestion de cas, en préimplantation;
- Mesurer la participation au dépistage et à la gestion de cas après la phase initiale d'implantation, vérifier si les perceptions ont évolué et identifier les obstacles à l'utilisation de la gestion de cas.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1 Dispositif de l'étude

Le dispositif choisi pour évaluer l'implantation est l'étude de cas multiples selon la typologie de Yin. L'étude de cas se définit comme l'investigation empirique d'un phénomène qui peut difficilement être isolé ou dissocié de son contexte (Yin, 1994). Selon Yin, chaque cas nous aide à mieux comprendre une situation réelle. Dans la présente étude, chacun des cas représente l'implantation du réseau intégré dans une des trois MRC à l'étude.

L'étude de cas est jugée particulièrement utile pour apprécier des interventions complexes composées d'éléments séquentiels sur lesquels les contextes peuvent interagir. Ainsi, ce dispositif permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions humaines qui ne pourraient être relevées par des expérimentations ou enquêtes. C'est aussi un dispositif à privilégier lorsque l'investigateur a peu de contrôle sur les événements à l'étude (Champagne *et al.*, 1990).

Parmi les approches suggérées pour évaluer l'implantation, l'étude de cas est recommandée lorsque « l'évaluateur cherche à vérifier de façon empirique une théorie ou un modèle relatif au fonctionnement du programme » (Desrosiers *et al.*, 1998). Il est donc justifié d'utiliser l'étude de cas de Yin, puisque notre approche est principalement axée

sur la théorie de programme, laquelle consiste à vérifier de façon empirique un modèle relatif au fonctionnement du programme. Cette approche, décrite en évaluation de programmes, permet d'obtenir une description du processus d'implantation ainsi qu'une compréhension de celui-ci dans sa totalité (Cook et Shadish, 1986). Elle répond donc à notre objectif qui est de décrire des résultats et de comprendre les processus qui y conduisent.

5.1.1 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

Notre étude est tout d'abord une évaluation. On entend par évaluation : « un processus continu de collecte d'information qui permet de jeter un regard critique sur les différentes étapes et les composantes d'un projet (les ressources, les activités et la clientèle rejointe) et sur les effets que celui-ci engendre ou n'engendre pas chez la clientèle visée » (Dubé, 1999). Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision (Champagne *et al.*, 1985).

Les buts officiels d'une évaluation sont de quatre ordres : aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention (but stratégique); fournir de l'information pour améliorer une intervention en cours de route (but formatif); déterminer les effets d'une intervention pour décider s'il faut la maintenir, la transformer de façon importante ou l'arrêter (but sommatif) et contribuer à l'avancement des connaissances, à l'élaboration théorique (but fondamental) (Contandriopoulos *et al.*, 1993). Il existe plusieurs types d'évaluation : l'évaluation des besoins, de l'implantation, de l'impact ou encore de l'efficience.

Le niveau d'évaluation visé par cette maîtrise est celui de l'évaluation d'implantation, parfois appelée évaluation de processus et de la structure ou de la mise en œuvre ou encore évaluation opérationnelle. Certains auteurs apportent une distinction parmi ces différents concepts (Champagne *et al.*, 1992; Contandriopoulos *et al.*, 1993; Rossi et Freeman, 1998). Pour eux, l'évaluation d'implantation proprement dite implique que l'évaluateur porte un jugement de valeur en tentant d'expliquer l'influence du contexte sur les écarts perçus entre l'intervention planifiée et l'intervention réalisée (recherche évaluative). Ils déterminent ces écarts au moyen de l'évaluation du processus et de la structure (évaluation normative) qui se veut davantage descriptive. En ce qui nous concerne, le terme « évaluation d'implantation » inclut l'évaluation de la structure et du processus, et porte aussi sur la mesure et l'explication des écarts.

« L'évaluation d'implantation s'intéresse au déroulement réel du programme. Elle permet de connaître la façon dont les ressources ont été utilisées, si les activités prévues ont été réalisées, les produits et les services offerts, la satisfaction de la clientèle, le degré d'atteinte de la clientèle visée, etc. De façon plus globale, elle s'intéresse à la dynamique interne du programme et aux facteurs tant internes qu'externes qui influencent sa mise en œuvre » (Desrosiers *et al.*, 1998).

Parmi les raisons de procéder à une évaluation d'implantation, on peut noter les suivantes : elle permet de faire le point sur ce qui a été fait, d'améliorer l'action en cours avant même d'en connaître les effets sur les usagers ou la population, de modifier le déroulement des opérations, d'examiner l'opportunité de généraliser le programme, de faciliter l'implantation dans d'autres milieux, et enfin de cerner les causes des effets

(Desrosiers *et al.*, 1998). L'évaluation d'implantation est une composante préalable à l'évaluation d'impact. Pour observer les effets attribuables à un programme, celui-ci doit avoir été dispensé de façon appropriée. À la limite, une absence d'effet peut être due au fait que l'intervention évaluée n'a pas réellement été implantée. En spécifiant l'ensemble des facteurs influençant les résultats obtenus à la suite de l'introduction d'une intervention, l'analyse de l'implantation vise à réduire au minimum les risques de commettre une telle erreur dite de troisième type. Ainsi, on peut évaluer les effets d'une intervention dont l'implantation est insuffisante et accroître la validité externe de l'étude (Rossi et Freeman, 1998; Champagne et Denis, 1992).

L'évaluation d'implantation doit être prévue dès la conception du projet. Celui-ci doit disposer d'un modèle théorique (une norme) ou à tout le moins d'un cadre conceptuel décrivant les principaux éléments et liens qui les unissent pour que le programme soit efficace. Ce modèle, représentant en fait le plan du projet, permet de déterminer le degré de conformité entre le projet prévu initialement et sa version opérationnelle, en lien avec les caractéristiques contextuelles des milieux (Brekke, 1987; Champagne *et al.*, 1990).

Les modèles utilisés dans notre étude ont été ceux définis par chacune des MRC selon leur réalité locale. On ne dispose pas d'un modèle théorique illustrant les liens causaux qui unissent les différentes composantes, puisque le concept de réseau intégré est très récent. Toutefois ces descriptions de projets sont suffisamment explicites en ce qui concerne les composantes nécessaires à l'implantation de la gestion de cas et des outils qui s'y rattachent, pour nous servir de point de comparaison. Ces différents modèles, basés sur le

modèle suggéré par la Régie Régionale, s'inspirent de projets similaires qui ont démontré des effets bénéfiques.

Par contre, durant les premiers mois d'implantation, le rôle des médecins n'avait pas encore été précisé spécifiquement dans le modèle. Comme mentionné précédemment, il était convenu que chaque médecin doive participer à l'identification des personnes âgées admissibles à la gestion de cas et s'impliquer auprès du gestionnaire de cas lorsqu'un de ceux-ci s'occupait d'un de ses patients. Cependant, peu de moyens avaient été déployés pour leur faire connaître l'entrée en fonction des gestionnaires de cas, voire même la fonction de gestion de cas. Ce manque de cadre théorique envers ces acteurs importants que sont les médecins, nous a forcé à étudier leur position comme un élément du contexte influençant le déploiement de la gestion de cas et non comme un élément du modèle dont on pourrait mesurer l'implantation réelle par rapport à celle planifiée. C'est pourquoi le nombre de contacts entre gestionnaires de cas et médecins, ou encore le nombre de patients suivi conjointement n'ont pu être considérés comme des variables décrivant la mise en œuvre.

L'évaluation d'implantation peut avoir soit un objectif sommatif, soit un objectif formatif. Selon Quin Patton, l'évaluation formative se limite au contexte et a pour but de fournir des indicateurs pour améliorer un programme spécifique dans ce même contexte particulier. Elle porte sur les facteurs explicatifs des résultats obtenus en vue d'améliorer le fonctionnement, la gestion ou l'administration d'un programme. L'évaluation sommative permet principalement d'apprécier les résultats et l'impact final (Quinn Patton, 1990). La

présente étude, centrée sur les premiers mois d'implantation, représente une contribution à l'évaluation formative du déploiement des mécanismes et outils d'intégration des services.

5.1.1.1 Cadre théorique de l'évaluation d'implantation

Notre façon de conduire l'évaluation d'implantation est inspirée d'un des modèles d'évaluation proposés par Champagne et Denis : « l'analyse de l'influence des déterminants contextuels sur le degré de mise en œuvre des interventions, et l'identification des variations dans les indicateurs de mise en œuvre. » Ce modèle d'évaluation permet de proposer une explication à l'observation d'un écart entre l'intervention planifiée et celle implantée, en cernant les facteurs qui ont une influence sur le déroulement de l'intervention. On assure ainsi l'intégrité de l'intervention (Champagne et al., 1990). Le choix de ce cadre d'analyse est pertinent pour cette étude puisque comme le souligne Champagne :

« Ce modèle est approprié dans le cas de programmes qui exigent la coordination des actions posées par différents intervenants (...). Il est en effet fort probable que l'implantation d'un tel programme soit influencée par les différentes caractéristiques internes du milieu d'implantation, par exemple : appui variable des intervenants, intégration du programme aux activités habituelles..., ou encore aux facteurs externes, par exemple : une politique gouvernementale » (Desrosiers *et al.*, 1998).

Dans notre étude, ce cadre s'applique à trois des six modalités essentielles définissant un réseau intégré : la gestion de cas, le plan de services individualisé et l'outil unique d'évaluation. Par ailleurs, les caractéristiques contextuelles, représentant les facteurs qui ont une influence sur l'implantation de ces trois éléments, sont divisées en deux grandes catégories : les caractéristiques de l'organisation au niveau « macro » (ressources externes disponibles, intérêt, implication et reconnaissance par les partenaires, dont les médecins) et les caractéristiques de l'organisation au niveau « micro » (ressources internes, habiletés,

motivation, collaboration et compréhension du rôle) (Scheirer, 1981). La figure 1 illustre ces deux niveaux d'analyse.

Notre recherche est donc à la fois normative et évaluative. Comme mentionné précédemment, l'évaluation normative découle de la description de l'écart entre le modèle d'intégration prévu, « la norme » et celui adopté. La recherche évaluative, de son côté, s'explique par l'effort déployé pour essayer de comprendre les processus qui conduisent à l'implantation observée au moyen de l'étude du contexte. La figure 2 met en perspective ces appréciations normatives (analyse descriptive) et évaluative (analyse du contexte).

FIGURE 1 : Niveaux d'analyse du contexte

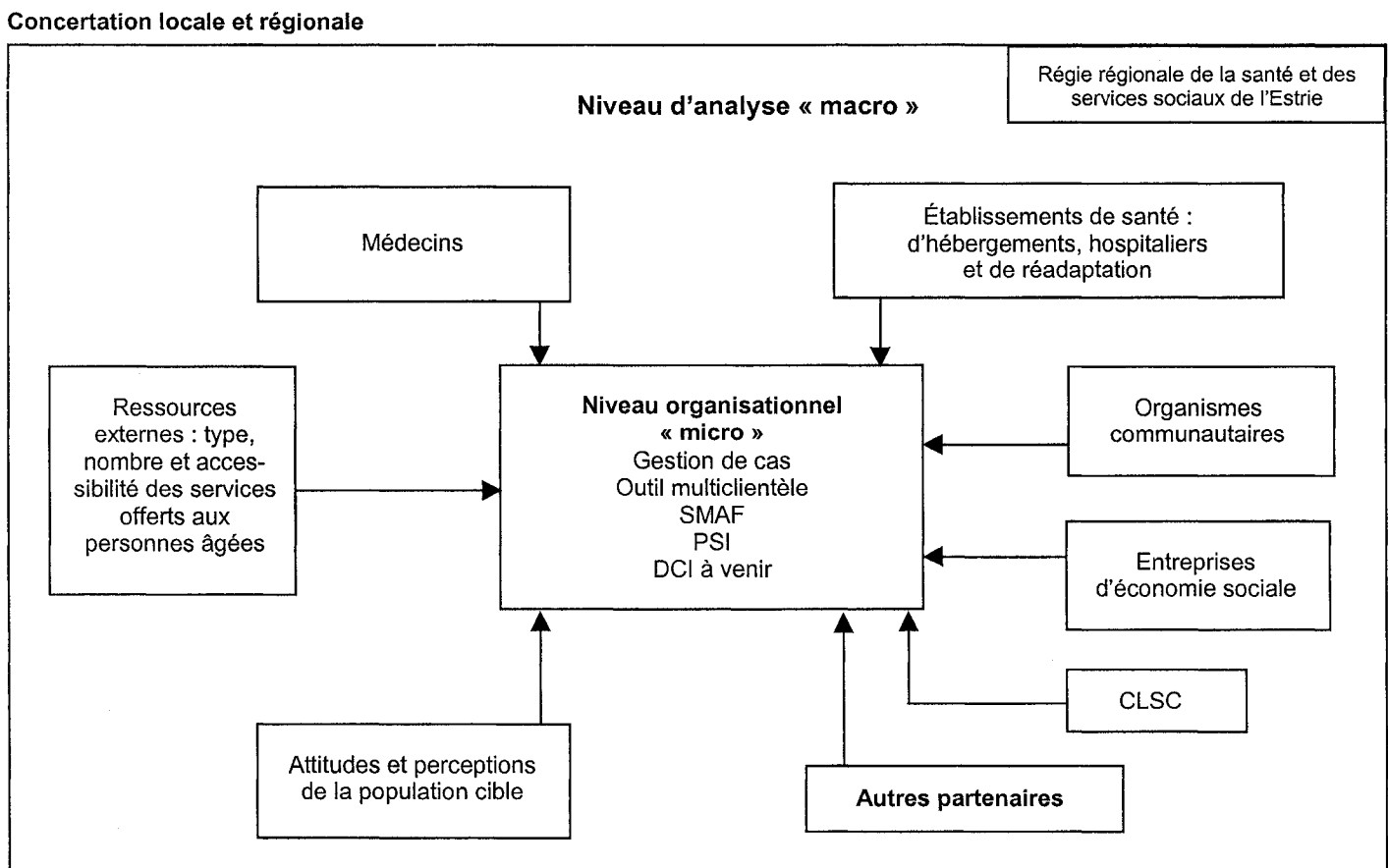
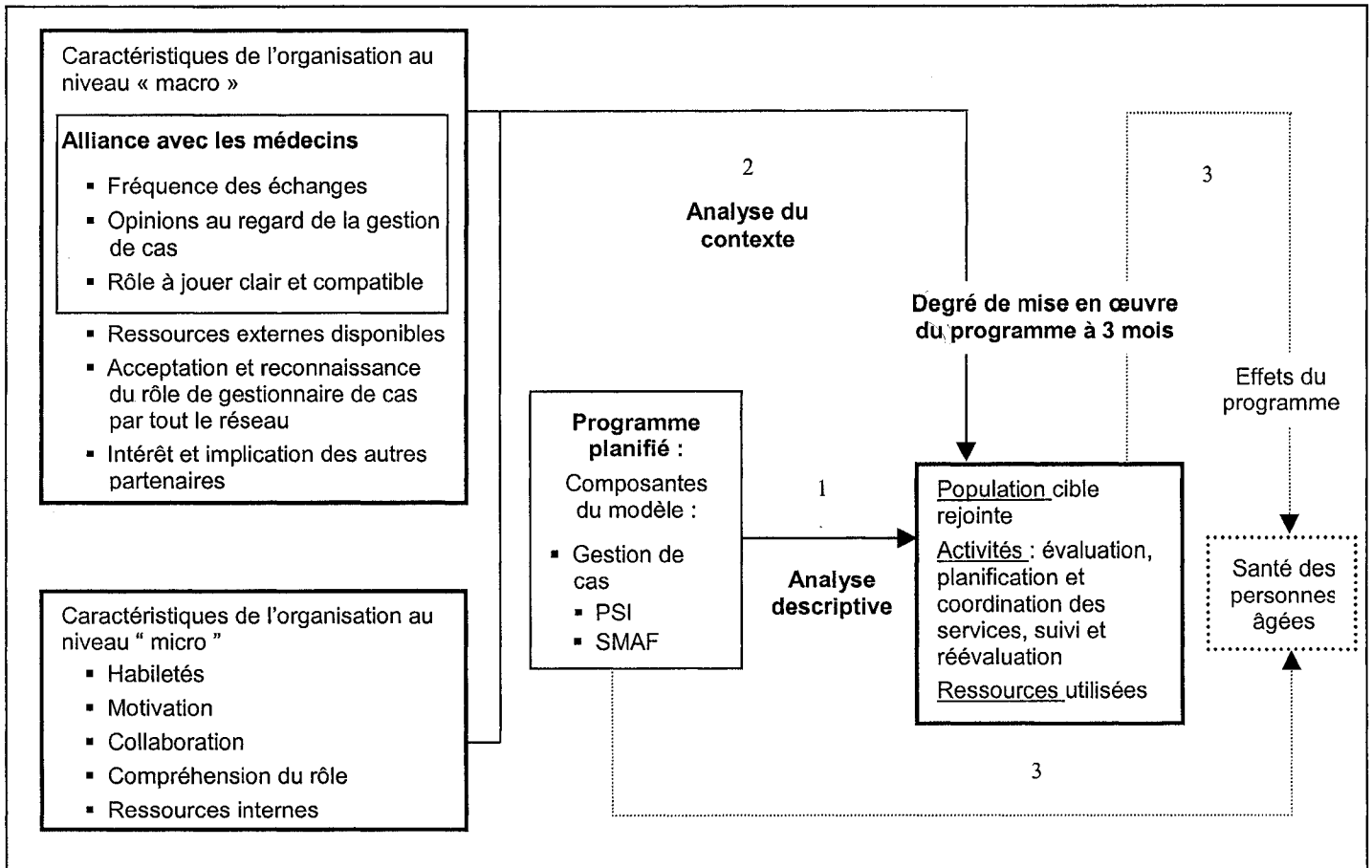


FIGURE 2 : Cadre théorique de l'évaluation de l'implantation du réseau intégré de services aux personnes âgées auprès des gestionnaires de cas et des médecins

Contexte



1- Analyse de la structure et du processus.

2- Analyse de l'implantation.

3- Analyse des effets.

Inspiré de Champagne et Denis (1992).

5.2 Hypothèses de recherche

Étant donné le peu d'évaluations d'implantation publiées lors de la mise sur pied de réseaux intégrés de services pour personnes âgées, la formulation des hypothèses repose principalement sur les résultats de l'évaluation d'implantation des Bois-Francs et sur d'autres expériences similaires au Québec. L'hypothèse générale est la suivante : « Plus les caractéristiques de l'organisation au niveau « macro » et « micro » seront favorables, plus l'implantation se fera telle que prévue. » Différentes hypothèses spécifiques sont énumérées au tableau 2 et mises en parallèle avec les indicateurs ou variables et les sources de données qui s'y rattachent.

5.2.1 VARIABLES

Le degré de mise en œuvre de l'intervention représente ici la variable dépendante qui sera mise en relation avec les caractéristiques contextuelles du milieu d'implantation. Les variables indépendantes sont : les caractéristiques organisationnelles au niveau « macro » dont l'alliance avec les médecins et les caractéristiques organisationnelles au niveau « micro ».

Le tableau 3 indique les variables qui seront utilisées pour mesurer le degré de mise en œuvre. Les informations à rassembler concernent la population rejointe, les activités réalisées et les ressources investies. Ce même tableau comprend aussi les variables contextuelles susceptibles d'expliquer le degré de mise en œuvre. Toutes ces variables sont mises en parallèle avec les questions de recherche présentées précédemment, ainsi

qu'avec la méthode de collecte de données qui sera utilisée afin de les documenter. Il est à noter que le taux de couverture (nombre de personnes âgées rejointes par rapport au nombre d'aînés en besoins) n'a pu être calculé étant donné le délai trop précoce d'évaluation (trois mois seulement).

TABLEAU 2 : Contexte d'implantation du réseau intégré

Hypothèses de recherche	Hypothèses spécifiques	Indicateurs ou variables	Sources
1. Les caractéristiques organisationnelles au niveau « macro » influenceront le degré de mise en œuvre du réseau intégré	1.1 La mise en œuvre sera telle que prévue si l'alliance avec les médecins est appréciable :	Degré de connaissance, au niveau de la population médicale, de l'existence d'un réseau intégré avec gestionnaires de cas auquel ils ont accès.	5-6
	■ les échanges avec les médecins sont fréquents et pertinents	Accessibilité aux gestionnaires de cas :	3-4-6
	■ les médecins ont une opinion favorable de la gestion de cas	savent comment les rejoindre, visibilité.	
	■ les médecins comprennent le rôle qu'ils ont à jouer au sein des réseaux et celui des gestionnaires de cas et trouvent ces rôles compatibles	Collaboration entre gestionnaires de cas et médecins (perception de part et d'autre)	3-4-6
		Attitudes, perceptions et opinions des médecins et gestionnaires de cas	3-4-5-6
		Compréhension claire et précise de leur rôle (gestionnaires de cas et médecins)	3-4-5-6
		Fréquence des échanges avec les médecins	3-4-6
		Participation réelle des médecins au réseau intégré	6

Sources de données :

1. Prélèvements statistiques : SIC.
2. Étude documentaire : Dossiers cliniques de la clientèle.
3. questionnaire aux gestionnaires de cas.
4. Entrevues en « focus groupes » avec les gestionnaires de cas.
5. questionnaire aux médecins en préimplantation.
6. Questionnaire aux médecins en cours d'implantation.

TABEAU 2 : Contexte d'implantation du réseau intégré (suite)

Hypothèses de recherche	Hypothèses spécifiques	Indicateurs ou variables	Sources
1. Les caractéristiques organisationnelles au niveau « macro » influenceront le degré de mise en œuvre du réseau intégré (<i>suite</i>)	1.2 La mise en œuvre sera telle que prévue si les relations professionnelles avec les autres intervenants sont appréciables (fréquentes, pertinentes et de qualité) Celle-ci le sera probablement davantage dans les MRC en milieu rural puisque les échanges entre les différents partenaires sont déjà plus fréquents.	Facilité à entrer en contact avec les responsables de chacun des établissements Fréquence des échanges entre les gestionnaires de cas et les autres partenaires	3-4 3-4
	1.3 La mise en œuvre du réseau intégré sera moins facile dans les MRC qui disposent de peu de ressources pour implanter le réseau intégré	Nombre de gestionnaire de cas Modèle hybride, semi-hybride ou pur ¹ Ressources disponibles pour implanter le réseau intégré	3 3-4 3-4
	1.4 La mise en œuvre du réseau intégré sera telle que prévue si la tâche du gestionnaire est perçue comme étant compatible avec le rôle des autres intervenants	Perceptions par les autres intervenants du rôle de gestion de cas telles que ressenties par les gestionnaires de cas	3-4
	1.5 La mise en œuvre du réseau intégré sera telle que prévue si la tâche du gestionnaire est perçue comme une fonction distincte de celle des autres intervenants Cette distinction sera probablement plus facile dans les MRC où une nouvelle équipe de gestion de cas a été créée versus une nouvelle répartition des rôles à l'intérieur du personnel déjà en place	Rôle hybride versus unique Impression du gestionnaire de cas d'être considéré comme un intervenant ayant une fonction distincte de celle qu'il avait avant d'être gestionnaire de cas.	3-4 3-4

Sources de données :

1. Prélèvements statistiques : SIC.
2. Étude documentaire : Dossiers cliniques de la clientèle.
3. questionnaire aux gestionnaires de cas.
4. Entrevues en « focus groupes » avec les gestionnaires de cas.
5. questionnaire aux médecins en préimplantation.
6. Questionnaire aux médecins en cours d'implantation.

Légende :

1. Modèle hybride : le gestionnaire de cas continue d'exercer, à temps partiel, les fonctions reliées à sa profession de base.
Modèle semi-hybride : le gestionnaire de cas exerce les fonctions reliées à sa profession de base uniquement auprès de sa clientèle de gestion de cas.
Modèle pur : le gestionnaire de cas ne fait que de la gestion de cas.

TABLEAU 2 : Contexte d'implantation du réseau intégré (suite)

Hypothèses de recherche	Hypothèses spécifiques	Indicateurs ou variables	Sources
1. Les caractéristiques organisationnelles au niveau « macro » influenceront le degré de mise en œuvre du réseau intégré (<i>suite</i>)	1.6 La tâche des gestionnaires de cas sera facilitée si la majorité des personnes âgées ont déjà un médecin de famille au moment de la demande	Nombre de personnes âgées avec un médecin de famille au moment de la demande	2
	2.1 La mise en œuvre du réseau intégré sera telle que prévue si les gestionnaires de cas se sentent habilités à effectuer leur travail	Formation de base des gestionnaires de cas Expérience antérieure de travail auprès de personnes âgées Qualité et pertinence de la formation reçue Formation continue Habilités et perceptions de la capacité à effectuer le travail Facilité à identifier les ressources	3-4 3 3 3 3-4 3-4
2. Les caractéristiques organisationnelles au niveau « micro » auront un effet sur le degré de mise en œuvre du réseau intégré et le travail des gestionnaires de cas	2.2 La mise en œuvre sera telle que prévue si les gestionnaires de cas ont de la satisfaction dans leur travail	Compréhension claire de leur rôle Niveau d'accord avec les objectifs et les composantes poursuivis par l'intervention Horaire de travail, impression de contrôle sur son travail, salaire	3-4 3-4 3
	2.3 La mise en œuvre sera favorable s'il existe une bonne collaboration entre les gestionnaires de cas au sein d'une même MRC	Satisfaction et motivation au travail Relations avec collègues Rencontres hebdomadaires de soutien	3 3 3
	2.4 La mise en œuvre sera telle que prévue s'il existe une bonne collaboration entre les gestionnaires de cas et le coordonnateur du projet.	Relation avec le coordonnateur (supérieur immédiat)	3-4

Sources de données :

1. Prélèvements statistiques : SIC.
2. Étude documentaire : Dossiers cliniques de la clientèle.
3. questionnaire aux gestionnaires de cas.
4. Entrevues en « focus groupes » avec les gestionnaires de cas.
5. Questionnaire aux médecins en préimplantation.
6. Questionnaire aux médecins en cours d'implantation.

TABLEAU 2 : Contexte d'implantation du réseau intégré (suite)

Hypothèses de recherche	Hypothèses spécifiques	Indicateurs ou variables	Sources
2. Les caractéristiques organisationnelles au niveau « micro » auront un effet sur le degré de mise en œuvre du réseau intégré et le travail des gestionnaires de cas (<i>suite</i>).	2.5 La mise en œuvre sera telle que prévue si les outils (ressources internes) à la disposition des gestionnaires de cas sont faciles d'utilisation, perçus utiles et pertinents.	Utilisation simple et pertinente des ressources telles que : SMAF, PSI, SIC, outil multiclientèle...	3-4

Sources de données :

1. Prélèvements statistiques : SIC.
2. Étude documentaire : Dossiers cliniques de la clientèle.
3. questionnaire aux gestionnaires de cas.
4. Entrevues en « focus groupes » avec les gestionnaires de cas.
5. questionnaire aux médecins en préimplantation.
6. Questionnaire aux médecins en cours d'implantation.

5.3 Collecte des données

Quatre mécanismes de collecte des données ont été utilisés : prélèvements statistiques, sources documentaires, questionnaires autoadministrés et « focus groups ». Il est d'ailleurs recommandé que les informations soient recueillies au moyen de plusieurs méthodes avant de juger du niveau d'implantation d'un projet (Lipps et Grant, 1990; Rossi et Freeman, 1998). Le tableau 3, à la fin de cette section, résume les quatre méthodes de collecte en lien avec les variables et indicateurs et les questions de recherche. Les variables descriptives qui ont été utilisées pour mesurer le degré de mise en œuvre (l'évaluation normative), ainsi que les variables contextuelles susceptibles d'expliquer les écarts entre l'intervention planifiée et réalisée (recherche évaluative) y sont inscrites.

L'ensemble des données concernant la gestion de cas ont été collectées après 14 à 16 semaines d'implantation. Étant donné les retards dans l'implantation du projet au sein des différentes MRC (septembre 2001 à Sherbrooke mais janvier 2002 au Granit et février 2002 à Coaticook), l'objectif initial de collecter les données à six mois a été irréalisable.

Les données ont été collectées à 16 semaines à Sherbrooke, car la période incluait le temps des Fêtes, et à 14 semaines pour les deux autres MRC. Les informations relatives au positionnement des médecins ont été recueillies en préimplantation de la gestion de cas (septembre 2001) et six mois après l'implantation de cette dernière (printemps 2002 pour Sherbrooke et été 2002 pour Granit et Coaticook).

5.3.1 *PRÉLÈVEMENTS STATISTIQUES*

Une collecte de données au moyen d'une base de données déjà existante dans les CLSC, le SIC (système d'information CLSC), a été réalisée après trois mois d'implantation, soit en janvier 2002 à Sherbrooke, en avril 2002 au Granit et en mai 2002 à Coaticook. Certains codes ont été ajoutés à ce système de façon à bien identifier les activités principales liées à la gestion de cas. Les données portent sur certaines caractéristiques de la clientèle (âge, sexe), l'ensemble des interventions compilées par chacun des gestionnaires de cas, les raisons de cessation, les lieux d'intervention et les durées d'intervention. Les rôles-actions nous ont permis de décrire les fonctions d'évaluation, de planification / coordination et de suivi/réévaluation exercées par le gestionnaire de cas. Un rôle-action constitue un acte ou geste posé par l'intervenant lors d'une intervention auprès du client.

Ces données ont été générées par les gestionnaires de cas eux-mêmes. Une entente sur la façon d'utiliser ce système avait été établie par l'ensemble des gestionnaires de cas d'une même MRC dès la première semaine d'utilisation. Par contre, malgré ces efforts de standardisation, une variabilité interprofessionnelle par rapport à la codification demeure. Malgré tout, cette banque de données nous a permis de comptabiliser toutes les inter-

ventions faites par les gestionnaires de cas ainsi que d'identifier certaines caractéristiques de la population utilisant les services d'un gestionnaire de cas.

5.3.2 SOURCES DOCUMENTAIRES

Les dossiers des usagers ont été consultés dans les trois MRC afin de documenter les pratiques des gestionnaires de cas et aussi pour vérifier si la population rejointe était celle visée par le réseau. Par exemple, le score au SMAF de chaque aîné utilisant les services d'un gestionnaire de cas a été extrait. Aussi, la présence d'un PSI complet dans chaque dossier a été vérifiée. À cet égard, nous avons aussi indiqué si le PSI avait été rédigé par le gestionnaire de cas ou par un autre intervenant. Parfois, certains dossiers comportent un ancien plan d'interventions individualisé (PII) fait par un intervenant-pivot, mais considéré maintenant comme étant un PSI par le gestionnaire de cas puisqu'ils sont semblables. Toutefois, le PII n'inclut pas les services autres que ceux offerts par l'établissement.

Une grille d'extraction a été conçue pour la collecte des données. Elle peut être consultée à l'annexe C (cette grille était identique pour les trois MRC). La collecte des données a été faite par l'auteur ainsi que par une agente de recherche, chargée de la poursuite de cette évaluation d'implantation. Une épreuve de fidélité interjuges a été obtenue avant chaque collecte de données au sein des trois MRC, ainsi que pour chaque gestionnaire de cas, puisque les données peuvent être colligées différemment en fonction des établissements et d'un gestionnaire de cas à l'autre. Un accord de plus de 96 % a été atteint avant que l'on procède à la saisie individuelle des dossiers. La collecte a été réalisée en janvier 2002 à Sherbrooke, en avril 2002 au Granit et en mai 2002 à Coaticook.

5.3.3 QUESTIONNAIRES AUTOADMINISTRÉS

5.3.3.1 *Questionnaires aux médecins*

Deux enquêtes, réalisées au moyen d'un questionnaire postal, ont porté sur les perceptions des médecins de famille face à l'implantation d'un réseau intégré pour personnes âgées en Estrie. Les questions ont été créées spécifiquement pour les besoins de l'étude, sauf pour certaines questions d'ordre sociodémographiques, ainsi que deux questions en lien avec le réseau intégré (nécessité des réseaux intégrés, utilisation d'un dossier clinique informatisé) qui ont été transcrites du questionnaire SECOR (SECOR, 1999). En plus de connaître l'opinion des médecins face à la fonction émergente de gestion de cas en pré-implantation et en cours d'implantation, nous voulions documenter leur degré de connaissance du réseau intégré pour personnes âgées, leur intérêt à participer concrètement à un tel réseau et leur participation réelle après quelques mois d'implantation.

L'ensemble des omnipraticiens des trois MRC à l'étude constituait la population cible. La base de sondage a été obtenue par le biais du DRMG (Département régional médecine générale) de la Régie régionale de santé et des services sociaux de l'Estrie. Cette base de sondage avait été mise à jour deux mois (juillet 2001) avant la première enquête, et avait été rafraîchie peu de temps avant la deuxième. Elle a été créée au moyen des données de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec), de l'AMOE (Association des médecins omnipraticiens en Estrie) et de la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec). Les 267 médecins y figurant (Coaticook 10, Granit 20, Sherbrooke 237) sont probablement représentatifs de l'ensemble des omnipraticiens en Estrie, car ils

se composent de médecins de centres urbains, ruraux et semi-ruraux et puisqu'ils représentent 67 % de l'ensemble des médecins en Estrie. Le deuxième questionnaire a été envoyé uniquement aux médecins qui avaient répondu au premier, afin de suivre l'évolution de leurs perceptions.

Une lettre explicative, succincte et signée par le directeur du projet de recherche, le Dr Réjean Hébert accompagnait les deux questionnaires. Les lettres et les questionnaires postaux ont été conçus selon les règles de Dillman : un format simple à utiliser; des questions succinctes, précédées de vignettes explicatives lorsque nécessaire, présentées dans un ordre logique et regroupées en fonction du type de réponse (Dillman,2000). La première question était facile et s'adressait à tous et les questions d'ordre sociodémographique étaient présentées à la fin du questionnaire. Pour favoriser une participation maximale, la majorité des questions étaient de types fermés, dichotomiques ou avec échelle de Likert. Une enveloppe de retour affranchie était jointe à l'envoi des deux questionnaires.

Le premier questionnaire en préimplantation était divisé en quatre parties. La première abordait dans quelle mesure les médecins se sentaient interpellés par l'implantation prochaine du réseau intégré pour personnes âgées; la deuxième traitait de la réceptivité des médecins face à la nouvelle fonction de gestion de cas et du rôle qu'aura à jouer le médecin au sein du réseau; la troisième partie comportait des questions d'ordre sociodémographique et socioprofessionnel et enfin la quatrième partie permettait aux médecins d'exprimer librement leurs opinions et préoccupations. Le premier questionnaire aux médecins ainsi que les lettres qui l'ont accompagné sont disponibles à l'annexe D.

Le deuxième questionnaire était divisé en deux parties. La première s'adressait aux médecins qui savaient que les gestionnaires de cas étaient en fonction depuis six mois. Elle visait à documenter la fréquence avec laquelle les médecins avaient été en contact avec les gestionnaires de cas, à vérifier si la façon dont les gestionnaires de cas s'adressaient aux médecins était adéquate, ainsi qu'à comparer leurs opinions en regard du travail des gestionnaires de cas, maintenant qu'ils avaient eu certains de leurs patients pris en charge par eux. Pour fin de comparaison, plusieurs énoncés du premier questionnaire, en lien avec la perception de la gestion de cas, ont été repris tels quels. La deuxième partie, s'adressant à tous les médecins, a permis de cibler les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas, puisqu'il avait été noté, par l'étude des dossiers, que peu de médecins avaient fait appel aux gestionnaires de cas. Le deuxième questionnaire aux médecins ainsi que les lettres qui l'ont accompagné sont disponibles à l'annexe E.

Il est bien connu que le taux de réponse est peu élevé lors d'enquête transversale auprès du corps médical. Leur horaire chargé, le manque de disponibilité, les préoccupations reliées à la confidentialité des résultats, la faible valeur accordée à l'enquête et le fait qu'ils soient de plus en plus fréquemment sollicités sont au nombre des raisons qui expliquent cette faible participation (Sudman, 1985). La conception de nos questionnaires tient donc compte de cette réalité puisqu'en plus de diminuer la puissance de l'étude, une faible participation peut entraîner des biais de sélection et limiter la validité externe des résultats.

La première question du premier questionnaire a été formulée afin de diminuer le biais de non-réponse. Ce biais découlait des questionnaires non retournés par les médecins non

ciblés par l'étude, c'est-à-dire n'ayant aucune personne âgée dans leur clientèle. Le deuxième questionnaire n'étant envoyé qu'aux médecins ayant répondu au premier, ce problème ne se posait plus. Par ailleurs, une enquête proche de leurs préoccupations professionnelles, une page leur permettant d'exprimer leurs opinions, l'assurance de la confidentialité, l'établissement d'une relation de confiance par des techniques de personnalisation des envois, l'utilisation de deux rappels postaux lors de chaque envoi (courte lettre de rappel une semaine plus tard, second rappel trois semaines après l'envoi initial) et la distribution d'un communiqué leur transmettant les résultats les plus intéressants du premier questionnaire 15 mois après l'envoi de celui-ci, propre à leur MRC, sont au nombre des techniques que nous avons utilisées pour favoriser un taux de réponse le plus élevé possible. De plus, le deuxième questionnaire était plus court que le premier afin d'inciter les médecins à y répondre. L'exemple du communiqué de la MRC de Sherbrooke, ainsi que la lettre le précédant est disponible à l'annexe F. Les autres communiqués ne différaient que par les pourcentages propres à chaque MRC.

Nous avons effectué un prétest du questionnaire auprès de dix médecins de famille, de tous âges, pratiquant en Estrie avant l'envoi de chaque questionnaire. Des médecins hors des trois MRC choisies pour l'enquête et dont les connaissances du concept de réseau intégré variaient considérablement ont été sollicités pour prétester le premier questionnaire. Pour le second, les mêmes médecins ainsi que d'autres pratiquant à Sherbrooke, mais n'ayant pas répondu au premier questionnaire ont été rencontrés. Les deux méthodes suggérées par Dillman ont été utilisées (« *think-aloud interview*, *retrospective technique* ») (Dillman, 2000). Les limites du prétest sont directement reliées aux réalités régionales très différentes dans les MRC de l'Estrie. Effectivement, la situation à

Sherbrooke où le nombre de médecins et l'accès aux services diffèrent grandement des autres MRC, rendent difficile l'interprétation de certaines questions orientées vers une pratique davantage urbaine que rurale, pour les médecins en zone rurale et semi-rurale. Malgré tout, ces prétests ont permis de valider nos questionnaires, d'améliorer la présentation de ceux-ci et d'en préciser plusieurs questions.

5.3.3.2 *Questionnaire aux gestionnaires de cas*

Un questionnaire aux gestionnaires de cas a été distribué par l'intermédiaire de chaque coordonnateur après trois mois d'implantation (janvier 2002 à Sherbrooke, avril 2002 au Granit et mai 2002 à Coaticook) afin d'approfondir certains aspects de la mise en œuvre de la gestion de cas, ainsi que pour mieux connaître le contexte dans lequel s'inscrivait l'implantation de ce nouveau projet. Pour le bâtir, on s'est inspiré de la littérature ainsi que d'expériences similaires au Québec. Ce questionnaire a été prétesté auprès de six chercheurs ou agents de recherche impliqués dans l'implantation de ce nouveau concept. Environ 30 à 45 minutes sont nécessaires pour le remplir. Il est disponible à l'annexe G.

Le questionnaire est divisé en trois parties. La première partie aborde la clientèle desservie par les gestionnaires de cas, ainsi que la description de leur travail selon leur réalité régionale. La deuxième partie porte sur les ressources : formation professionnelle et expériences de travail, formation de gestionnaire de cas, ressources matérielles et humaines et ressources externes. Finalement, la troisième section vise à documenter : la nature des relations entre les gestionnaires de cas, celle avec leur coordonnateur (supérieur immédiat), celle avec les autres intervenants et celle avec les médecins. Étant donné le petit nombre de personnes visées, un rappel téléphonique a été fait au coordonnateur de

chacune des trois équipes. À Sherbrooke madame Céline Bureau est la coordonnatrice (supérieur immédiat) de la nouvelle équipe de gestionnaires de cas. Elle a été engagée spécifiquement à cette fin. Madame Bureau était chargée de projet pour SIPA. Au Granit, le coordonnateur monsieur Pierre Richard est le directeur du *Programme clientèle dans le milieu* et à Coaticook, la coordonnatrice est madame Johanne Bolduc, chef d'administration du *Programme aux personnes âgées*.

5.3.4 ENTREVIUES AUPRÈS DES GESTIONNAIRES DE CAS

Des entrevues sous formes de « focus groups » ont eu lieu trois mois après l'entrée en fonction des gestionnaires de cas. Lors de celles-ci, les gestionnaires de cas ont été amenés à discuter de la clientèle desservie ainsi que de leurs aidants, du rôle de gestionnaire de cas, des relations qu'ils entretiennent avec les autres intervenants, dont les médecins, des points forts, des points faibles du réseau, ainsi que de leur satisfaction par rapport aux éléments implantés.

Une première rencontre s'est déroulée avec les cinq gestionnaires de cas de Sherbrooke en janvier 2002. Par la suite, en mai 2002, un autre groupe de discussion a été formé des gestionnaires de cas des deux autres MRC (deux gestionnaires de cas au Granit et trois à Coaticook) pour avoir un nombre suffisant de participants et parce que leur réalité était semblable. Chaque « focus groups » fut enregistré sur cassette audio et retranscrit en totalité.

La conduite et l'analyse de ces « focus groups » ont été réalisées selon la méthode de Krueger par l'auteur, assisté par l'agente de recherche responsable de l'implantation (Krueger, 1994). L'approche utilisée fut celle de la séquence de questions (questioning route). Cette approche, recommandée pour les novices, consiste en la création d'une séquence de questions, rédigées sous forme de phrases complètes. Cette méthode évite une compréhension des questions variant d'un groupe à l'autre suite à de subtiles différences dans le langage. De plus, comme les « focus groups » seront refaits après six mois et après un an par une autre modératrice, la reproductibilité est davantage assurée par cette méthode.

Pour définir cette liste de questions, nous nous sommes aussi inspirés de la littérature, mais davantage des réponses aux questionnaires remis aux gestionnaires de cas deux semaines avant. Ainsi, nous avons été en mesure d'approfondir certains aspects du questionnaire qui nous semblaient imprécis ou d'importance considérable pour l'implantation de la gestion de cas. Un exemple du canevas de questions utilisé est présenté à l'annexe H. Certaines questions ont été ajustées en fonction des réalités de chacune des MRC, mais les différents sujets abordés sont demeurés les mêmes. Le plan de questions a été revu par une agente de recherche expérimentée dans la conduite des « focus groups » et maîtrisant très bien l'implantation de la gestion de cas.

TABEAU 3 : Collecte d'information : description de la mise en œuvre et du contexte

Méthode	Variables et indicateurs	Question de recherche ¹
Prélèvements statistiques	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Degré de mise en œuvre	1
	Sexe	
Source : banques de données SIC	Sexe	
	Âge : < 65 65-74 75-84 85 et plus	
	Nombre de dossiers assignés en gestion de cas	
	<u>Monitoring des activités et services, aspects d'interventions</u> : Degré de mise en œuvre	1
	Nombre d'utilisateurs moyen par gestionnaire de cas à la fin de la période couverte (Charge de cas)	
	Nombre de dossiers et nombre d'interventions pour chacun des rôles-actions suivants : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluations des besoins de l'utilisateur ➤ Poursuite d'évaluation ➤ Réévaluations ➤ Concertation clinique (correspond à la planification et coordination des services) ➤ Suivi ➤ Interventions psychosociales et éducatives 	
	Nombre moyen d'interventions par dossier	
	Nombre d'interventions total (en moyenne) par gestionnaire de cas durant la période couverte	
	Nombre d'interventions et durée des interventions selon le lieu d'intervention	
	Nombre de cessation après 3 mois et les raisons	
Dossiers	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Degré de mise en œuvre	1
	Nombre de demandes faites en gestion de cas (références)	
	Nombre de dossiers selon les référents, regroupés en catégories : CLSC, centres hospitaliers, centres d'hébergement, patient ou ses proches	
	Nombre de dossiers refusés par le gestionnaire de cas parce que ne répondant pas aux critères (dossier ouvert temporairement)	

¹ Voir section 4.2.2 dans objectifs d'étude.

TABEAU 3 : Collecte d'information : description de la mise en œuvre et du contexte (suite)

Méthode	Variables et indicateurs	Question de recherche ¹
Dossiers (suite)	Nombre de prises en charge	
	Score SMAF global	
	Principaux problèmes de santé	
	Lieu de résidence : ménage privé, résidence privée	
	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Éléments de contexte	2
	Nombre de clients ayant un médecin de famille au moment de la demande	
	Nombre de médecins de famille différents impliqués en gestion de cas	
	<u>Monitoring des activités et services, aspects d'intervention</u> : Degré de mise en œuvre	1
	Délai de réponse, en jours, entre la demande de service et la première visite du gestionnaire de cas	
	Nombre de dossiers avec le formulaire d'évaluation multiclientèle (complet, partiel) et préciser si fait par le gestionnaire de cas	
	Nombre de dossier avec un SMAF (complet, partiel) et préciser si fait par le gestionnaire de cas	
	Présence d'un PSI	1
	Nombre moyen de services planifiés dans le PSI	
	Principales raisons d'interventions	
Questionnaire aux gestionnaires de cas	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Description de la mise en œuvre	1
	Le gestionnaire a-t-il l'impression qu'il dessert la bonne clientèle?	
	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Éléments de contexte	2
	Le gestionnaire a-t-il l'impression que les usagers saisissent bien son rôle?	
	<u>Monitoring des activités et services, aspects d'interventions</u> : Degré de mise en œuvre	1
	- % temps passé auprès de la personne âgée et/ou ses proches pour l'évaluation, les réévaluations, le suivi ...	
	- % temps passé seul pour prise de connaissance des dossiers, rédaction des PSI et coordination de services, déplacements et travail administratif (mise à jour des dossiers)	
	- % temps passé avec les autres intervenants pour réunions / par semaine	

¹ Voir section 4.2.2 dans objectifs d'étude.

TABEAU 3 : Collecte d'information : description de la mise en œuvre et du contexte (suite)

Méthode	Variables et indicateurs	Question de recherche ¹
Questionnaire aux gestionnaires de cas (suite)	<u>Monitoring des activités et services, aspects organisationnels et de services</u> : Éléments de contexte	1-2
	Rôle unique versus hybride et conflit secondaire	
	Clarté du rôle	
	Charge de travail, impression de contrôle sur son travail, satisfaction par rapport à celui-ci	
	Salaire	
	Horaire de travail	
	Lieu de travail	
	<u>Monitoring des activités et services, rayonnement</u> : Éléments de contexte	2
	Relations entre les gestionnaires de cas (collaboration)	
	Relations avec le coordonnateur (supérieur immédiat)	
	Relations avec les autres intervenants (facilité à entrer en contact, intérêt de collaboration, participation suffisante)	
	Relations avec les médecins (collaboration, opinion, connaissances du rôle de gestionnaire de cas)	
	<u>Monitoring des activités et services</u> : Autres éléments de contexte	2
	Limites du travail : listes d'attente, refus de l'utilisateur, lenteur de l'échange d'information...	
	<u>Monitoring des ressources (pertinence, convivialité, formation, accessibilité, aspects + et -)</u> : Degré de mise en œuvre et éléments de contexte	1-2
	Formation antérieure	
	Expériences de travail antérieures	
	Formation initiale reçue	
	Formation continue	
	Outils de travail :	
	SMAF	
	PSI	
	Outil multicientèle	
	SIC	
	Accès à des documents pertinents pour consultation sur le milieu de travail	
	Accès à certains professionnels pour consultation	
	Rencontre d'équipe hebdomadaire	
	Nombre de gestionnaires de cas	
	Ressources externes (publiques, privées, institutionnelles et communautaires) :	
	Nombre et type de services mis à la disponibilité des personnes âgées	
	Accessibilité aux services en place	

¹ Voir section 4.2.2 dans objectifs d'étude.

TABEAU 3 : Collecte d'information : description de la mise en œuvre et du contexte (suite)

Méthode	Variables et indicateurs	Question de recherche ¹
Entrevues en « focus groups » avec les gestionnaires de cas	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Description de la mise en œuvre	1
	Le gestionnaire a-t-il l'impression qu'il dessert la bonne clientèle?	
	Quelle est sa clientèle?	
	<u>Monitoring de la clientèle</u> : Éléments de contexte	2
	Le gestionnaire a-t-il l'impression qu'il est utile à la clientèle qu'il dessert?	
	Les mécanismes de référence permettent-ils de rejoindre la bonne clientèle?	
	Le rôle de gestionnaire de cas est-il clair pour la personne âgée?	
	Quelle est son rôle face aux aidants naturels?	
	<u>Monitoring des activités et services</u> : Description de la mise en œuvre	1
	Le gestionnaire de cas trouve-t-il qu'il améliore l'accessibilité et la continuité des services?	
	<u>Monitoring des activités et services, aspects organisationnels et de services</u> : Éléments de contexte	2
	Rôle unique versus hybride	
	Clarté du rôle	
	<u>Monitoring des activités et services, aspects d'intervention</u> : Éléments de contexte	2
	La formation de base influe-t-elle la façon dont le gestionnaire fait son travail?	
	Niveau d'accord avec les objectifs poursuivis par l'intervention	
	Niveau d'accord avec les composantes de l'intervention	
	<u>Monitoring des activités et services, rayonnement</u> : Éléments de contexte	2
	Relations avec les autres intervenants (conflit de rôles entre autres intervenants et gestionnaires de cas, perceptions qu'ont les autres intervenants du rôle de gestionnaire de cas)	
	Relations avec les médecins : le gestionnaire de cas informe-t-il le médecin traitant lorsqu'il prend en charge un de ses patients? Si oui, comment?	
	La formation de base influe-t-elle la façon dont le gestionnaire de cas est interpellé par le milieu?	

¹ Voir section 4.2.2 dans objectifs d'étude.

TABEAU 3 : Collecte d'information : description de la mise en œuvre et du contexte (suite)

Méthode	Variables et indicateurs	Question de recherche ¹
Entrevues en « focus groups » avec les gestionnaires de cas (suite)	<u>Monitoring des ressources :</u> Ressources à la disposition des gestionnaires de cas Ressources ou services à la disposition des personnes âgées Outils (SIC, SMAF, PSI, outil multicientèle)	2
Questionnaire aux médecins en pré-implantation	<u>Éléments de contexte</u> Nécessité des réseaux intégrés Position et niveau de connaissance du médecin face à l'implantation des réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie. Perceptions par rapport à la gestion de cas Positionnement et implication éventuelle des médecins en lien avec la gestion de cas, les personnes âgées et la pratique en général	3
Questionnaire aux médecins durant l'implantation	<u>Éléments descriptifs</u> Caractéristiques socio-démographiques Utilisation de l'informatique par les omnipraticiens <u>Éléments de contexte</u> Connaissance de l'entrée en fonction des gestionnaires de cas Implication réelle au dépistage des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la gestion de cas et à la gestion de cas. Perceptions des médecins face à la gestion de cas Principaux obstacles à l'utilisation de la gestion de cas	3

¹ Voir section 4.2.2 dans objectifs d'étude.

5.4 Analyse

5.4.1 POUR CHAQUE TYPE DE COLLECTE DE DONNÉES

Les prélèvements statistiques et les données compilées résultant de l'étude des dossiers ont été analysés sous formes de statistiques descriptives : moyennes et fréquences. Les données provenant des dossiers ont été recueillies en grande partie par l'auteure de cette étude. La responsable de l'évaluation de l'implantation du projet PRISMA-Estrie y a aussi collaborée, afin de pouvoir réaliser, par la suite, les autres collectes. Une fidélité interjuges

à 96 % a été obtenue sur un échantillon de 15 % de dossiers dans chaque MRC. Les résultats de cette collecte ont été colligés dans le logiciel Excel. Dix pour cent des résultats ont été saisis à plus d'une reprise et moins de 1 % d'erreur a été noté. De plus, toutes les données tirées du SIC ont été mises en parallèle avec les résultats provenant de la collecte papier.

Les réponses aux questionnaires des médecins ont été saisies dans le logiciel Épi-info. Dix pour cent des données colligées ont été reprises pour des fins de validation. Moins de 1 % d'erreur a été noté. L'analyse des résultats s'est faite au moyen du logiciel Statistix.

Dans les deux questionnaires aux médecins, (pré et per implantation), des énoncés favorables et défavorables à la gestion de cas s'entrecoupaient et les médecins devaient indiquer leur niveau d'accord ou de désaccord à l'endroit de chacun de ceux-ci. Une échelle de réponses de type Likert s'exprimait ainsi : totalement en accord, partiellement en accord, partiellement en désaccord et totalement en désaccord. Pour l'analyse, les résultats ont été dichotomisés entre les médecins en accord et ceux en désaccord. Uniquement les médecins ayant répondu au premier questionnaire étaient reconsultés au deuxième. Des tests de McNemar (pour groupes dépendants, données catégoriques) ont donc pu être effectués afin de vérifier si les perceptions en préimplantation avaient changé de façon statistiquement significatives durant l'implantation. Un seuil de signification à $\alpha=0,01$ a été fixé, puisque chacun des seize énoncés a été soumis à un test statistique et qu'ainsi, étant donné les multiples tests statistiques, le risque de faire une erreur de première espèce est élevé. Avec une taille d'échantillon qui varie entre 32 et 45 paires de médecins, un niveau de confiance à 99 % (erreur de type 1 ayant une probabilité de 0,01)

et une puissance de 0,80 (erreur de type 2 ayant une probabilité de 0,20) notre capacité à détecter une vraie différence entre les pourcentages d'accord ou de désaccord entre nos deux questionnaires varie entre 9,7 % et 16,0 %, selon le nombre de paires (Fleiss, 1981).

Une régression logistique a été réalisée afin de déterminer l'effet de certaines variables sur le souhait qui porte les médecins à utiliser les services d'un gestionnaire de cas. Pour choisir les variables à inclure dans le modèle, la première étape fut de mesurer l'association entre chacune des variables indépendantes (par exemple, le type de pratique) et la variable dépendante (le désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas) au moyen de la régression logistique. Un seuil de signification à 0,20 fut retenu afin de conserver initialement le plus de variables possibles pour l'étape suivante. La deuxième étape a consisté en la considération des termes de confusion et d'interaction possibles. La troisième étape fut de faire une régression logistique avec les variables retenues (construction manuelle avec élimination de type *backward*).

Les réponses aux questionnaires des gestionnaires de cas, ainsi que la transcription des discussions des « focus groups » ont fait l'objet d'une analyse de contenu afin d'identifier les principaux thèmes s'y dégageant. Ces données de type provoqué (issues de questionnaires et de guides d'entrevues) ont été regroupées en catégories. La classification s'est faite de façon méthodique, exhaustive et systématique. Le modèle de catégorisation fut mixte, puisque la majorité des catégories étaient prédéterminées, mais certaines furent induites. La création de ces nouvelles catégories fut possible puisque le questionnaire comportait plusieurs questions ouvertes et que les entrevues en « focus groups » étaient semi-dirigées.

Les réponses des questionnaires ont été mises en commun pour chacune des sections, à l'intérieur de chaque MRC, puis en parallèle entre les MRC. Les discussions des « focus groups » ont été regroupées en différentes catégories : clientèle, rôle du gestionnaire de cas, relations avec les médecins et facteurs influençant l'implantation de la gestion de cas. L'analyse descriptive s'est alors réalisée à l'intérieur de chaque catégorie, afin d'illustrer, à partir des données de base, l'essentiel des conclusions (Krueger, 1994).

5.4.2 *POUR L'ENSEMBLE DES RÉSULTATS*

Selon Yin, l'unité d'analyse des cas représente un niveau d'explication d'un phénomène et permet d'expliquer les écarts notés entre l'intervention planifiée et celle réalisée. Elle dépend des questions de recherche et est en lien avec la stratégie de collecte des données. L'unité d'analyse de cette maîtrise est le niveau clinique, défini par deux groupes de professionnels, soit les gestionnaires de cas et les médecins. Les perceptions de ces deux groupes d'intervenants œuvrant au niveau clinique ont permis différentes explications du même phénomène. La puissance explicative a découlé de la profondeur de l'analyse de chaque cas, en l'occurrence nos trois MRC, et non du nombre d'unités d'analyse (Denis et Champagne, 1990; Yin, 1994). Par contre, le projet PRISMA-Estrie, dans lequel s'inscrit cette maîtrise, est composé de trois unités d'analyse imbriquées, soit le niveau clinique (intervenants, personnes âgées et leurs proches), le niveau tactique (coordonnateurs) et le niveau stratégique (décideurs).

5.4.3 STRATÉGIE D'ANALYSE DU MODÈLE DE YIN

La stratégie d'analyse favorisée est l'appariement d'un modèle traduit de l'anglais « *pattern-matching* » par Champagne et Denis. Cette stratégie implique la comparaison de phénomènes empiriques à des modèles prédits. Si ceux-ci coïncident, la validité externe de l'étude s'en trouve augmentée. « C'est le degré de conformité entre un ensemble de propositions théoriques dérivé d'un même modèle et la réalité empirique observée, qui permet de poser un jugement sur la valeur explicative de celui-ci » (Champagne *et al.*, 1990).

Étant donné la nature descriptive de l'étude, cette méthode est appropriée en autant que les variables du modèle projeté et le déroulement soient définis avant la collecte des données. Si la variable dépendante (le degré de mise en œuvre) prédite se confirme et qu'elle n'est pas expliquée par un modèle alternatif, des erreurs secondaires à la méthodologie ou des biais, une conclusion solide peut être formulée. Elle le sera d'autant plus, s'il y a « reproduction » entre les trois cas, c'est-à-dire si le degré de mise en œuvre est conforme à ce qui est prévu dans les trois milieux d'implantation.

Après un premier traitement des données selon les méthodes appropriées à son mode de collecte, chaque cas a fait l'objet d'une analyse interne. Cette dernière a permis d'abord d'apprécier le degré d'implantation dans chacun des sites. Le degré d'implantation est l'ampleur du changement qui survient à un moment donné, avant l'utilisation complète et appropriée de la nouvelle innovation (Scheirer et Lantos, 1983). Un score total pour mesurer le degré de mise en œuvre des trois éléments a été calculé à partir de la

pondération attribuée selon le niveau d'atteinte des objectifs opérationnels (voir tableau 4). Ce score peut servir d'indice du degré de mise en œuvre, en considérant qu'il illustre le fonctionnement d'un nouveau projet après seulement trois mois d'implantation. L'analyse interne de chaque cas a aussi permis de décrire, comprendre et expliquer comment les gestionnaires de cas et les médecins se sont intégrés et adaptés à la mise en place du réseau et ont influencé le niveau d'implantation des trois éléments faisant l'objet de cette maîtrise (la gestion de cas, le PSI et l'outil unique d'évaluation).

Ensuite, une analyse transversale des cas a été faite en vue d'apprécier la reproduction des résultats d'un cas à l'autre et de déterminer les facteurs associés à une plus forte probabilité de succès dans la mise en œuvre des éléments du réseau intégré. De plus, la comparaison de certaines données avec l'expérience des Bois-Francs et d'autres expériences québécoises similaires a servi de base de comparaison et de critères de référence tant sur le modèle et sa performance que sur les conditions prévalentes.

TABLEAU 4 : Mesure du degré de mise en œuvre de trois composantes de l'implantation des réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie, objectifs opérationnels

Composantes de l'implantation	Indicateurs	Objectif opérationnel
Gestion de cas	▪ Écart du nombre de gestionnaires de cas en poste à temps complet lorsque comparé à l'estimation du nombre requis	Sherbrooke : 20 Granit : 3,5 Coaticook : 2,5
	▪ Écart entre la charge de cas moyenne et celle recommandée	45 / g de c
Plan de services individualisé (PSI)	▪ Présence ou non d'un PSI	100 %
Outil unique d'évaluation	▪ Présence ou non de l'outil multicientèle	100 %
	▪ Présence ou non d'un SMAF	100 %

5.5 Critères de validité

La validité interne du dispositif choisi repose, entre autres, sur le recours à un cadre conceptuel théorique (approche déductive) qui a guidé tant la collecte de données que l'analyse. Elle relève aussi d'une collecte de données réalisée au moyen de quatre procédures différentes, ainsi qu'auprès de deux groupes d'acteurs. Ces deux formes de triangulation : triangulation des données (examen du « problème » selon plusieurs groupes) et triangulation méthodologique (variété dans les procédures de collecte), nous ont permis d'examiner plusieurs composantes du réseau intégré et de mieux cerner la complexité de ce dernier (Collerette, 1997; Denis et Champagne, 1990; Lipps et Grant, 1990; Shortell, 1984; Yin, 1994). Elles ont aussi amélioré la validité interne des résultats en augmentant le potentiel de détecter des biais spécifiques à la méthode de mesure. Enfin, elles ont permis d'accroître la rigueur du processus systématique de l'étude, ainsi que la validité conceptuelle et celle des résultats. L'implantation de programmes de santé est complexe, comporte plusieurs objectifs et un personnel très diversifié. Ces programmes sont ceux qui bénéficient le plus d'une approche d'évaluation par triangulation des données (Shortell 1984).

Toujours dans le but de s'assurer d'une rédaction qui respecte la réalité telle que vécue par les acteurs, les résultats ont été lus par les gestionnaires de cas et leur coordonnateur (supérieur immédiat) afin de détecter des aspects qui auraient été négligés ou des erreurs d'interprétation (Huberman et Miles 1991). Enfin, la validité externe est favorisée par l'étude de trois cas dans trois MRC choisies pour leurs caractéristiques sociosanitaires contrastantes.

5.6 Considérations éthiques

L'ensemble du projet PRISMA-Estrie a été approuvé par le Comité de déontologie de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Cette autorisation est disponible à l'annexe I.

Une autorisation d'accès aux dossiers des usagers suivis en gestion de cas a été demandée au Comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de La Région-Sherbrookoise. Celle-ci a été soumise et approuvée par les directeurs des services professionnels des centres hospitaliers de Coaticook et du Granit. Ces autorisations sont disponibles aux annexes J et K.

Un formulaire de consentement a été signé par chaque gestionnaire de cas avant les « focus groups », afin d'assurer la confidentialité des discussions, un traitement des données non nominal ainsi que le libre choix de répondre à certaines questions. Ce formulaire est disponible à l'annexe L.

Chacune des étapes s'est réalisée en respectant les critères prévus à l'article 125 de la Loi sur l'accès et les normes usuelles en matière d'éthique et d'intégrité scientifique.

6. RÉSULTATS

6.1 Évaluation de l'implantation de la gestion de cas

La prochaine section des résultats résume l'évaluation de l'implantation de la gestion de cas après 14 semaines de déroulement. Celle-ci vise à décrire les éléments du modèle théorique qui ont effectivement été implantés et la manière dont les différents contextes organisationnels et professionnels ont influencé l'évolution de l'intervention (Champagne et Denis, 1992).

Tel que mentionné précédemment, quatre moyens de collecte d'information ont été utilisés afin de documenter les trois principaux éléments suivants d'une évaluation d'implantation : la clientèle desservie, le déroulement des activités, et les ressources utilisées (Rossi et Freeman, 1998). Les résultats sont donc présentés en fonction de chacun de ces trois éléments de mise en œuvre, par la mise en commun des différentes sources de données : dossiers papiers, banque de données SIC, questionnaires aux gestionnaires de cas et entrevues avec les gestionnaires de cas sous forme de « focus groups ».

L'implantation de la gestion de cas s'est faite différemment d'une MRC à l'autre, en fonction des réalités propres à chaque territoire. À Sherbrooke, une nouvelle équipe de gestionnaires de cas a été mise sur pied. Celle-ci se compose de cinq femmes, dont trois travailleuses sociales ou agentes de relations humaines, une infirmière et une psychologue.

Ces intervenantes se sont consacrées à plein temps à la gestion de cas. Elles n'ont pas exercé un double rôle de travailleur social et de gestionnaire de cas. Au Granit (Lac-Mégantic) et à Coaticook, seulement les travailleurs sociaux déjà en place sont devenus gestionnaires de cas et ont continué d'exercer leur rôle d'intervenant social. Ce rôle de travailleur social fut maintenu uniquement auprès de la clientèle en gestion de cas, pour la MRC du Granit, mais aussi auprès d'autres clientèles à Coaticook. Au Granit, suite à l'ajout d'un poste en travail social, deux travailleuses sociales de l'équipe du maintien à domicile sont devenues gestionnaires de cas, contrairement à Coaticook où toute l'équipe de travailleurs sociaux du maintien à domicile, comprenant un homme et deux femmes, sont devenus gestionnaires de cas. Chacun des gestionnaires de cas à Coaticook a donc consacré moins de temps à la gestion de cas que ceux du Granit et de Sherbrooke, puisqu'ils ont continué d'assumer leurs fonctions de travailleurs sociaux auprès de clientèles différentes de celle suivie en gestion de cas.

L'évaluation d'implantation s'est faite après seize semaines d'implantation à Sherbrooke (septembre 2001 à janvier 2002), étant donné qu'elle incluait la période des fêtes, et après quatorze semaines au Granit (janvier à avril 2002) et à Coaticook (février à mai 2002). On considère donc qu'elle s'est faite après 14 semaines pour les trois MRC.

6.1.1 ÉVALUATION DE LA CLIENTÈLE

6.1.1.1 *Analyse descriptive*

La clientèle visée par la gestion de cas, pour les trois MRC, se définit par des personnes âgées de 65 ans et plus, en perte d'autonomie modérée à grave (SMAF > ou = à 15), présentant un potentiel de maintien à domicile et résidant sur le territoire de la MRC offrant la gestion de cas. Ces personnes âgées doivent aussi nécessiter plusieurs services, mais les critères d'admission par rapport au nombre et au type de services varient d'une MRC à l'autre. L'étude des dossiers et les données du SIC nous ont permis de décrire la clientèle desservie par chacune des MRC. Le tableau 5 présente sur l'ensemble des caractéristiques relevées pour chacune des MRC.

La clientèle desservie par le réseau est la suivante. Dans l'ensemble, les femmes y sont prédominantes et l'âge moyen est supérieur à 75 ans. Seulement deux usagers ont moins de 65 ans. Le score définissant l'autonomie fonctionnelle des usagers (SMAF), est généralement supérieur à 15, seuil minimum pour être admissible à la gestion de cas. À Sherbrooke trois usagers ont un score au SMAF qui ne répond pas au critère d'admission, tandis qu'au Granit 33 % des usagers qui ont un tel calcul obtiennent une valeur inférieure à 15. L'observation de SMAF <15 s'explique en partie par le fait que, pour de nombreux dossiers, la mesure de l'autonomie fonctionnelle remonte à plus de deux ans et elle a donc pu se détériorer depuis. À Sherbrooke et à Coaticook, le score moyen est de -35, ce qui indique une clientèle en grande perte d'autonomie. Plus de 80 % des aînés demeurent à domicile, sauf à Coaticook où la moitié (4/8) réside en résidence privée ou publique.

Beaucoup de clients de la gestion de cas présentent une démence ou des séquelles d'un accident vasculaire cérébral. La grande majorité souffrent d'une et même souvent de plusieurs maladies chroniques, la maladie cardiovasculaire athérosclérotique étant la plus fréquente. Les usagers demeurent principalement à domicile avec le ou la conjoint(e). Le taux de couverture (nombre d'aînés rejoints par rapport au nombre d'aînés ayant eu besoin d'un gestionnaire de cas) n'a pu être calculé puisque cette évaluation d'implantation était trop précoce afin de permettre un tel calcul.

La clientèle provient en grande partie de transferts de dossiers de patients déjà connus, mais aussi de référents. À Sherbrooke, les transferts consistent en des personnes âgées en attente de maintien à domicile au CLSC et d'autres bénéficiant d'un soutien financier du Comité local de concertation (CLC, projet 1). Le CLC est une instance dynamique dédiée à l'organisation des services aux personnes âgées de la MRC de Sherbrooke. Le projet 1 du CLC consistait principalement à venir en aide aux aînés recevant déjà des services du CLSC, mais nécessitant d'autres types de services, tel que du gardiennage de nuit. Au Granit et à Coaticook, les transferts proviennent des patients déjà suivis en maintien à domicile. Les référents sont principalement des travailleurs sociaux ou des agents de relations humaines (ARH) des CLSC pour Sherbrooke et Lac-Mégantic, des infirmières dans la MRC de Sherbrooke et des membres de la famille au Granit. Au moment de cette évaluation, aucune liste d'attente n'existait dans ni l'une ni l'autre des MRC.

Pour la majorité des usagers, le nom d'un médecin de famille, pratiquant toujours dans la MRC, était inscrit au dossier. Toutefois il a été souvent impossible de déterminer si celui-ci s'occupait encore activement de l'utilisateur. Dans les MRC rurales, déjà après quelques

semaines d'implantation de la gestion de cas, la majorité des médecins semblent avoir au moins un patient suivi en gestion de cas, contrairement à une plus faible proportion de médecins dans la ville de Sherbrooke.

À Sherbrooke, sept usagers ont refusé les services d'un gestionnaire de cas. Pour quatre d'entre eux, le refus provient de l'utilisateur qui croit qu'on l'hébergera s'il signe le formulaire de consentement à la gestion de cas. Pour les autres, le refus fut exprimé par la famille étant donné que ces usagers sont atteints de démence. Au Granit et à Coaticook, les gestionnaires de cas n'ont accusé aucun refus.

TABEAU 5 : Description de la mise en œuvre, clientèle en gestion de cas

Variables et indicateurs	Sherbrooke (n = 59)	Granit (n = 55)	Coaticook (n=8)
Sexe :			
▪ Hommes	25 (42,4) ^a	21 (38,2)	5 (62,5)
▪ Femmes	34 (59,6)	34 (61,8)	3 (37,5)
Âge :	79,7 ± 7,1 (63-96) ^b	79,5 ± 6,9 (63-93)	77,6 ± 6,8 (67-88)
▪ <65 ans	1	1	0
▪ 65-74 ans	13 (23,7)	12 (21,8)	1 (12,5)
▪ 75-84 ans	29 (49,2)	30 (54,5)	5 (62,5)
▪ 85 ans et plus	16 (27,1)	12 (21,8)	2 (25,0)
Demandes en gestion de cas (références)	29	16	0
Transfert	CLC ^c (projet 1) 34 CLSC 5	MAD ^d 39 (maintien à domicile)	8
Non spécifié	1		

^a Fréquence (pourcentage).

^b Moyenne ± écart-type (étendue).

^c Comité local de concertation.

^d Maintien à domicile.

Source : SIC et dossiers des usagers.

TABEAU 5 : Description de la mise en œuvre, clientèle en gestion de cas (suite)

Variables et indicateurs	Sherbrooke (n = 59)	Granit (n = 55)	Coaticook (n=8)
Référents :			
▪ CLSC	20 (69,0)	5 (31,3)	
▪ Centre hospitalier	6 (20,7)	2	
▪ IUGS (Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke) ^e	3 (10,3)	2	
▪ Clinique privée		1	
▪ Patient ou ses proches		6 (37,5)	
Refus par gestionnaire cas	3	0	0
Refus de l'utilisateur ou aidant	7	0	0
Prises en charge	59	55	8
Score SMAF :	36,1 ± 13,6 (10 à 70)	20,6 ± 12,2 (1,5 à 45)	33,8 ± 14,0 (18 à 58)
▪ <15	3	16	0
▪ 15 à 25	9	18	2
▪ 26 à 35	18	5	2
▪ 36 à 45	10	9	1
▪ 46 à 55	14	0	0
▪ >55	3	0	1
▪ non disponible	2	7	0
Principaux problèmes de santé :			
▪ AVC (accident vasculaire cérébral)	18 (30,5)	7 (12,7)	2 (25,0)
▪ Démences	32 (54,2)	14 (25,5)	5 (62,5)
▪ Diabète	14(23,7)	10 (18,2)	1 (12,5)
▪ MCAS (maladie cardiaque athérosclérotique)	13 (22,0)	23 (41,8)	0
▪ MPOC (Maladie Pulmonaire obstructive chronique)	11 (18,6)	14 (25,5)	2 (25,0)
▪ Néoplasie	1 (2,0)	10 (18,2)	2 (25,0)
Usager avec médecin de famille	59 (100,0)	50 (96,3)	8 (100,0)
Nombre de médecins de famille différents impliqués en gestion de cas	39/177 (22,0)	15/20 (75,0)	6/8 (60,0)

^e Inclut la clinique externe, l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et l'hôpital de jour.

Source : SIC et dossiers des usagers.

TABLEAU 5 : Description de la mise en œuvre, clientèle en gestion de cas (suite)

Variables et indicateurs	Sherbrooke (n = 59)	Granit (n = 55)	Coaticook (n=8)
Lieu de résidence :			
▪ Domicile	51 (86,4)	48 (87,3)	4 (50)
• Vit seul	7 (13,7)	16 (33,3)	2
• Vit avec conjoint(e)	30 (58,8)	27 (58,3)	1
• Vit avec enfants ou frère ou sœur	14 (27,4)	3 (6,3)	0
• Vit avec ressource privée			1
• Non spécifiés		2	
▪ Résidence :privée, publique	8 (13,6)	5 (9,1)	4 (50)
▪ Autres ou non spécifiés		2 (3,6)	

Source : SIC et dossiers des usagers.

6.1.1.2 Analyse du contexte

En plus de cette analyse descriptive, les questionnaires et les « focus groups » nous ont permis de préciser la clientèle desservie par les gestionnaires de cas. Premièrement, nous avons vérifié si les gestionnaires de cas avaient l'impression de desservir une clientèle qui nécessitait réellement une coordination de services.

À Sherbrooke, en plus des critères d'admission précédemment mentionnés et exigés par la régie régionale pour les trois MRC, les usagers doivent avoir besoin des services d'au moins deux établissements ou programmes (excluant le médecin de famille) pour être admissibles à la gestion de cas. De plus, les personnes âgées présentant exclusivement une problématique psychiatrique, en soins palliatifs ou étant en attente d'hébergement, ne sont pas considérées comme étant admissibles à la gestion de cas.

Après 16 semaines d'implantation, les gestionnaires de cas de Sherbrooke considéraient que leur clientèle n'était pas entièrement celle qui bénéficierait le plus de leurs services. La première explication identifiée par les gestionnaires de cas résulte du fait que leurs premiers clients provenaient d'un transfert en bloc de dossiers du CLC, tel que mentionné précédemment. Ces usagers n'avaient pas toujours plusieurs services à coordonner et nécessitaient davantage une relance téléphonique par l'intervenant du guichet unique qu'un suivi en gestion de cas. Toutefois, en l'absence du guichet unique à Sherbrooke durant ces seize premières semaines d'implantation, ces clients sont demeurés en gestion de cas, étant donné leur état précaire et la volonté des gestionnaires de cas de gérer des risques et non des crises. En ce qui concerne les clients du CLC qui avaient besoin de plusieurs services, la majorité des démarches avaient déjà été faites par différents intervenants du CLSC. Leur deuxième justification quant à l'absence d'adéquation parfaite entre la clientèle visée et celle rejointe, provient du constat que, pour le moment, les clients isolés ne sont pas rejoints, puisque aucune référence n'est provenue d'organismes communautaires ou de proches. Par contre, les références qui leurs sont acheminées depuis peu, correspondent de plus en plus à la clientèle visée en gestion de cas.

En MRC rurales, les opinions sont partagées quant à savoir si les gestionnaires de cas desservent la clientèle qui en a le plus besoin. Au Granit, les deux gestionnaires de cas pensent que oui. Les usagers qui bénéficient de la gestion de cas doivent utiliser ou nécessiter trois services et plus. Au Granit, le CLSC, le centre hospitalier et le centre d'hébergement de soins de longue durée sont unifiés. Toutefois, les services provenant du Centre hospitalier, de l'hôpital de jour et du centre de jour sont considérés comme étant des services distincts. L'ensemble des services offerts par le CLSC sont considérés

comme un seul service. D'autres éléments peuvent aussi être pris en considération lors de l'attribution des gestionnaires de cas, comme d'avoir un réseau social épuisé, des hospitalisations fréquentes dans les derniers mois et la présence de pertes cognitives.

Au Granit, la majorité des cas sont orientés en gestion de cas par l'intervenant du guichet unique, mais certains, pour lesquels l'information est insuffisante, doivent être discutés en équipe multidisciplinaire. Les références faites au guichet unique ont été très adéquates, sauf celles provenant des médecins qui étaient davantage incomplètes. Par ailleurs, au Granit, les personnes âgées en soins palliatifs, et celles inscrites au maintien à domicile avant janvier 2002, qui présentaient une organisation complexe des services, ont été retenues en gestion de cas.

À Coaticook, deux gestionnaires de cas sur trois pensent qu'ils rejoignent partiellement la clientèle qui en a le plus besoin, tandis que l'autre considère qu'elle est rejointe parfaitement. Durant ces premiers mois d'implantation, les usagers sont provenus exclusivement de leurs cas actifs déjà suivis en intervention psychosociale et qui nécessitaient beaucoup de services. L'assignation à la gestion de cas s'est faite en équipe multidisciplinaire selon des critères plus restrictifs que ceux des deux autres MRC par rapport au type de services. L'utilisateur devait nécessiter des services provenant de trois partenaires dont deux établissements différents.

Selon leur définition, les services offerts par le Carrefour de la santé et des services sociaux de la MRC de Coaticook, comprenant le CLSC, le CHSLD ainsi que le centre de jour, ne comptent que pour une offre de services provenant d'un seul établissement,

puisque'ils constituent une mission unifiée. Par conséquent, les usagers en gestion de cas ont été surtout ceux qui recevaient des services des établissements régionaux (hors Coaticook). Ces dossiers sont d'ailleurs plus difficiles à coordonner, puisque la communication avec les services régionaux n'est pas toujours facile. Enfin, certains usagers en attente d'hébergement et déjà connus par le gestionnaire de cas ont été considérés comme étant admissibles à la gestion de cas, puisque leur placement exigeait une organisation et une coordination importante de services, ainsi qu'un soutien à la famille.

Les gestionnaires de cas mentionnent que certains usagers, une fois les services établis, semblent nécessiter peu d'interventions à moyen terme. De plus, selon eux, les personnes handicapées requérant plusieurs services, devraient être admissibles à la gestion de cas. Finalement, l'offre de la gestion de cas presque uniquement aux usagers ayant besoin de services régionaux semble trop restrictive.

Globalement, pour les trois MRC, la clientèle qui bénéficie le plus de leurs services se compose de personnes âgées avec des troubles cognitifs, suivie d'usagers avec une santé physique précaire. L'étude des dossiers nous a d'ailleurs démontré qu'en moyenne, 40 % de la clientèle présente une démence, 20 % a été victime d'accident vasculaire cérébral et plus de 70 % sont atteints d'une maladie chronique, qu'elle soit cardiaque, pulmonaire ou endocrinienne. Plusieurs ont des problèmes de santé mentale découlant de leur maladie neurologique; plusieurs autres vivent beaucoup d'anxiété. Ils sont nombreux à provenir de milieux socioéconomiques défavorisés, surtout en région éloignée.

Nous avons aussi vérifié si les gestionnaires de cas avaient l'impression que les aînés saisissaient bien leur rôle. À l'unanimité les gestionnaires constatent qu'ils en ont une compréhension partielle. Une confusion persiste pour eux entre gestionnaires de cas, intervenants sociaux et intervenants-pivots. Ces derniers étant souvent déjà connus de la personne âgée, une relation de confiance s'est installée. La tendance est donc de faire prioritairement appel à l'intervenant-pivot, déjà connu, en cas de besoin. En région rurale, lorsque le gestionnaire de cas ne fait que modifier son rôle auprès de la même clientèle, les personnes âgées n'y voient pas toujours de différence. De plus, les gestionnaires de cas du Granit et de Coaticook exerçaient déjà un certain rôle de gestion de cas auprès de leur clientèle, et même quelques gestionnaires de cas n'y voient aucun changement pour le moment. Ils ne se présentent donc pas comme ayant un mandat différent de celui qu'ils exerçaient auparavant.

Étant donné l'état de santé des personnes âgées suivies en gestion de cas, c'est plus souvent l'aidant qui communique avec le gestionnaire de cas. L'aidant est un partenaire important. L'aidant est principalement une femme, à revenus faibles ou moyens, souvent épuisée et parfois aussi en perte d'autonomie elle-même, qui doit accepter la perte d'autonomie de son conjoint. Plusieurs sont réticents à accepter les mesures de répit que les gestionnaires de cas proposent, mais pour la grande majorité, l'essayer c'est l'adopter. La mesure de répit la plus en demande est le gardiennage à la maison; toutefois peu de couples peuvent se le permettre financièrement et même pour ceux qui le peuvent, cette ressource se fait très rare. L'étude des dossiers a démontré que dans plus de 50 % des cas, le risque d'épuisement ou l'épuisement même de l'aidant représentait une raison importante d'intervention du gestionnaire de cas.

Un autre concept-clientèle, discuté en « focus groups », concerne l'amélioration, perçue par les gestionnaires, de l'offre de services à leurs clients. Selon eux, suite à l'identification des besoins qu'ils font directement dans les différents milieux de vie, ils sont en mesure de faire les recommandations nécessaires pour que les services offerts correspondent davantage aux besoins. Grâce aux trois niveaux de concertation, une fois les éléments problématiques identifiés, ceux-ci sont rapidement discutés par les coordonnateurs de services, puis rapportés au niveau des décideurs. Leurs demandes sont crédibles, précises et complètes, puisqu'ils ont interpellé tout le réseau et non seulement l'établissement pour lequel ils travaillent, afin d'identifier des solutions de rechange.

Ils peuvent aussi contribuer à identifier ou à créer une alternative lorsqu'un client est en attente de services; ils formulent des solutions de rechange au cas où un usager perdrait son ou ses aidants naturels; ils évitent le dédoublement des services grâce à leur vision interétablissements; ils améliorent l'accessibilité aux services en défendant les droits des usagers, grâce à leur présence lors de certaines réunions d'équipe, et ils offrent des conseils préventifs.

Peu d'éléments en lien avec la clientèle semblent nuire au bon fonctionnement de la gestion de cas. Un seul, le refus de l'usager ou des aidants de recevoir certains services, représente un obstacle au travail de plusieurs. À Sherbrooke, certains accusent la longueur et la complexité du formulaire de consentement qui fait peur à plus d'un usagers en perte d'autonomie, déjà inquiets d'être hébergés à la moindre détérioration de leur condition. Par contre, l'usage d'un tel formulaire est bénéfique au travail des gestionnaires de cas, puisqu'il donne accès à l'information nécessaire à leur travail, pendant un an pour un

même client. Un tel formulaire de consentement n'était pas requis durant cette évaluation au sein des deux MRC rurales. Quelques gestionnaires de cas de ces deux MRC rurales mentionnent aussi que le refus de recevoir certains services peut être aussi un obstacle à leurs fonctions, tandis que d'autres le perçoivent comme une réalité faisant partie de leur travail, requérant de leur part créativité et souplesse.

6.1.2 ÉVALUATION DES ACTIVITÉS ET SERVICES

6.1.2.1 *Analyse descriptive*

Par le biais des dossiers et la base de données SIC, nous avons pu mesurer le degré de mise en œuvre de la gestion de cas. Le tableau 6 présente les principaux éléments de cette analyse descriptive.

6.1.2.2 *Analyse descriptive des activités et services, Sherbrooke*

À Sherbrooke, l'implantation des principales composantes du modèle (gestion de cas, PSI, SMAF) s'est déroulée comme prévue. La charge de cas s'établissait, après 14 semaines, à environ 12 usagers par gestionnaire de cas. La grande majorité des dossiers comportaient un formulaire d'évaluation multiclientèle (93 %), un SMAF (97 %) ainsi qu'un PSI (81 %). Ce n'est pas le gestionnaire de cas qui a réalisé la collecte d'information de l'outil multiclientèle ni du SMAF pour les deux tiers des usagers, puisque les évaluations, faites en général dans l'année précédente, ont été jugées assez récentes. Le PSI est toutefois majoritairement complété par le gestionnaire de cas. Il compte entre 1 et 10 services offerts par des intervenants différents. En ce qui concerne le nombre de services, un seul

client en gestion de cas ne respecte pas le critère d'admissibilité fixé à deux services ou plus.

Parallèlement, dans plus de 75 % des dossiers, des interventions d'évaluation des besoins et de planification-coordination de services ont été codées dans le SIC. On note 43 % d'interventions de type suivi de la situation et aucune réévaluation. Les interventions psychosociales et éducatives ont été codées lorsqu'un soutien aux aidants naturels était réalisé. Chaque dossier comporte en moyenne 4 interventions, ce qui représente une cinquantaine d'interventions en gestion de cas, par gestionnaire de cas, durant ces trois premiers mois.

Selon les données provenant du SIC, dix-sept pour cent des interventions codées sont des évaluations, contre quarante-trois pour cent pour de la planification et coordination des services. Les durées d'intervention, selon le lieu d'intervention, ne sont pas exactes, puisqu'il n'y a pas eu uniformité dans la codification de celles-ci. Il est donc plus adéquat de se fier à la répartition du temps de travail que les gestionnaires de cas ont elles-mêmes défini au questionnaire écrit. Leur horaire de travail, en une semaine, se partage ainsi : environ 40 % de leur tâche auprès de la personne âgée et / ou ses proches, environ 40 % de leur tâche, seules pour prendre connaissance des dossiers, rédiger les PSI, coordonner les services, accomplir leurs tâches administratives ainsi que se déplacer, et environ 15 % de leur travail hebdomadaire avec les autres intervenants pour des réunions ou des concertations téléphoniques.

Par ailleurs, le délai de réponse entre une demande de gestion de cas et la première visite du gestionnaire de cas est en moyenne de neuf jours. Toutefois, ce calcul n'exclut pas les fins de semaines, ni les jours fériés. Les dossiers nous indiquent que tous les patients avaient été contactés par téléphone en dedans de cette période. Seulement trois dossiers ont été fermés : un suite à un décès et deux autres suite à une atteinte des objectifs.

6.1.2.3 Analyse descriptive des activités et services, Granit

Au Granit la situation est différente. Comme mentionné précédemment, les deux gestionnaires de cas en place ont consacré la majorité de leur temps à la gestion de cas, tout en intervenant aussi, auprès de cette même clientèle en tant qu'intervenant social. La prise en charge des clients s'est faite principalement par le transfert de dossiers du maintien à domicile. Cette clientèle était déjà connue par une des deux gestionnaires de cas en tant qu'intervenante sociale. Trente-sept dossiers du maintien à domicile ont été transférés en gestion de cas. La principale tâche comme gestionnaire de cas fut donc d'assurer un suivi auprès de cette clientèle. Ainsi, la charge de cas moyenne de chaque gestionnaire s'élevait à 34 usagers (68 dossiers au total) après 14 semaines.

Il faut toutefois mentionner que certaines personnes âgées n'avaient pas été rencontrées après leur assignation à une gestionnaire de cas. Seulement un contact téléphonique avait été fait. Pour cette évaluation d'implantation, l'étude des dossiers et des données SIC a porté sur les 55 dossiers des personnes âgées rencontrées par l'intervenante en tant que gestionnaire de cas. La prise en charge des aînés déjà connus est donc bien différente de la prise en charge d'usagers non connus, tel que vécu à Sherbrooke.

L'analyse descriptive de la mise en œuvre du réseau intégré de gestion de cas au Granit a permis de faire ressortir les éléments suivants. Dans 87 % des dossiers, on retrouve le formulaire d'évaluation multiclientèle et un SMAF, mais ce n'est que dans le tiers des cas qu'ils ont été complétés par le gestionnaire de cas et plusieurs n'ont pas été remis à jour depuis plus d'un an. Soixante-six pour cent des dossiers comportent un PSI et plus de 50 % de ceux-ci ont été rédigés par le gestionnaire de cas. Un PSI compte en moyenne deux services et ce nombre varie entre 0 et 4. Plus d'un dossier sur deux (58 %) présentent moins de trois services au PSI.

À partir des données du SIC, l'intervention la plus fréquente auprès des usagers en est une de suivi. On note que 85 % des dossiers comportent une intervention de suivi. Les deux autres interventions les plus fréquentes sont la planification et la coordination de services ainsi que les interventions psychosociales et éducatives. L'évaluation représente huit pour cent des interventions, mais est présente dans 42 % des dossiers. Cette répartition de la tâche des gestionnaires de cas n'est pas surprenante, puisque plusieurs usagers étaient déjà connus du milieu. La proportion estimée de l'utilisation de leur temps lors d'une semaine de travail type, par le biais du questionnaire, permet de constater globalement les mêmes conclusions qu'à Sherbrooke. Chaque dossier comporte en moyenne trois interventions, ce qui représente 88 interventions en gestion de cas, par gestionnaire de cas, durant ces trois premiers mois.

Tout comme à Sherbrooke, la majorité des interventions se sont réalisées au bureau des gestionnaires de cas, mais ces interventions ont été de courtes durées. En fait, le gestionnaire de cas a passé plus de 50 % de son temps auprès des usagers. Une particularité

importante du Granit est que souvent les gestionnaires de cas rencontrent la personne âgée à l'hôpital, dès l'obtention de la demande. L'unification CLSC – Centre hospitalier facilite sûrement cette pratique. Le délai de réponse moyen est de 7 jours, et celui-ci varie de 0 à 29 jours. Ce calcul n'a été possible que pour 13 dossiers seulement et comprend aussi les fins de semaines et les jours fériés. On remarque ici aussi la fermeture de trois dossiers, deux pour hébergement et un pour décès.

6.1.2.4 Analyse descriptive des activités et services, Coaticook

À Coaticook, l'implantation de la gestion de cas a aussi été particulière à la MRC. Comme au Granit, ce sont les travailleurs sociaux en place qui sont devenus gestionnaires de cas, mais ceux-ci ont continué d'exercer leur fonction de travailleur social de façon prédominante. Moins de dix heures, par gestionnaire de cas, par semaine ont été consacrées à la gestion de cas durant les 14 premières semaines. La charge de cas n'était alors que d'environ trois usagers. Pour eux, la gestion de cas a représenté davantage une tâche surajoutée à leur rôle de travailleur social, mais s'inscrivant dans le mandat qu'ils se sont donnés.

Les premiers clients de la gestion de cas proviennent exclusivement de patients déjà suivis en service social. Le travail de gestionnaire de cas, selon les données du SIC, a consisté à de la réévaluation (12 % des interventions), mais surtout à de la planification et coordination de services (43 % des interventions), à du suivi des clientèles (24 % des interventions) et à des interventions psychosociales (20 % des interventions). Comme les gestionnaires de cas sont déjà familiers avec les usagers, l'évaluation des besoins prend une autre dimension.

Selon les réponses des gestionnaires de cas au questionnaire, la moitié de leur tâche consistent à être auprès du client et de ses proches afin de réévaluer la situation, d'assurer un suivi et du soutien. Ils consacrent 40 % de leur travail de gestionnaire de cas à coordonner les services, rédiger les PSI, mettre à jour les dossiers et enfin 10 % à participer aux réunions d'équipes multidisciplinaires concernant leurs patients. Cette répartition de leur tâche est comparable à celle des deux autres MRC. Comme au Granit, il est intéressant de souligner que les gestionnaires de cas rencontrent souvent la personne âgée en milieu de soins, par exemple en CHSLD ou au centre de jour.

Chaque dossier comporte en moyenne six interventions, ce qui représente 18 interventions en gestion de cas, par gestionnaire de cas, durant ces trois premiers mois. Il faut toutefois souligner que leurs clients en gestion de cas représentent environ 20 % de leur tâche, soit près de sept heures par semaine. Des interventions psychosociales auprès d'autres usagers complètent le reste de cette tâche.

L'analyse des dossiers démontre que 75 % de ceux-ci comportent le formulaire d'évaluation multicientèle comprenant le SMAF. Il est complété à plus de 60 % par le gestionnaire de cas. Soixante-trois pour cent des dossiers présentent un PSI et ceux-ci ont tous été faits par le gestionnaire de cas. On compte un nombre moyen de 3,6 services au PSI, dont l'étendue varie de 1 à 8 services. Trois des cinq dossiers ayant un PSI présentent moins de trois services.

Aucun calcul de délai de réponse n'a été possible à ce stade-ci, puisque aucune demande n'a été faite en gestion de cas, les gestionnaires de cas ayant pris leurs clients à même leur charge de cas de travailleur social. Un seul dossier a été fermé pour cause de mortalité.

6.1.2.5 Analyse descriptive, raisons d'interventions

Les raisons d'interventions répertoriées à partir des dossiers et du SIC sont sensiblement les mêmes pour les trois MRC. Souvent, la pathologie causant le plus d'incapacités est celle que l'on retrouve comme raison principale. Les démences, les séquelles d'accident vasculaire cérébral ainsi que tous les autres troubles cognitifs figurent comme première raison d'intervention. Le risque d'épuisement ou l'épuisement même de l'aidant est aussi une raison très souvent mentionnée (pour plus de 65 % des usagers à Sherbrooke et au Granit). Enfin, une dépendance aux activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD), conséquence de la ou des pathologies de l'ainé, est inscrite comme problème au PSI. Pour la MRC de Coaticook, un critère supplémentaire prévaut : recevoir des services d'un établissement régional. Étant un établissement de santé fusionné (CLSC, CHSLD et urgence), la gestion des services locaux s'effectue de façon efficace depuis longtemps. L'offre de services devient plus complexe pour la personne âgée lorsque des services régionaux sont nécessaires. La gestion de cas facilite donc l'accessibilité aux services extérieurs à la MRC.

Comme pour l'évaluation de la clientèle, les questionnaires aux gestionnaires de cas, ainsi que les « focus groups » nous ont permis d'approfondir l'évaluation des activités et services. En plus de décrire les activités et services offerts par les gestionnaires de cas,

nous avons aussi exploré le contexte dans lequel se sont déroulées ces premières semaines d'implantation.

TABLEAU 6 : Description de la mise en œuvre, activités et services en gestion de cas

Variables et indicateurs	Sherbrooke (n = 59) pour 5 g de c		Granit (n = 55) pour 2 g de c		Coaticook (n=8) pour 3 g de c	
■ Nombre d'usagers moyen par gestionnaire de cas à la fin de la période couverte (Charge de cas)	12		34 ^a 28 (avec contact direct)		3	
■ Nombre de dossiers et nombre d'interventions pour chacun des rôles-actions suivants :	Dossiers (n = 56) ^b	Interventions (n = 248)	Dossiers (n = 55)	Interventions (n = 176)	Dossiers (n = 8)	Interventions (n = 51)
• Évaluations des besoins de l'utilisateur	43 (77) ^c	55 (17)	22 (42)	21 (8)	0	0
• Poursuite d'évaluation	13 (23)	17 (5)	0	0	1	1
• Réévaluations	0	0	1 (2)	1 (0,4)	3 (38)	6 (12)
• Concertation clinique (correspond à la planification et coordination des services)	45 (80)	127 (43)	34 (65)	42 (17)	5 (63)	22 (43)
• Suivi	24 (43)	38 (12)	44 (85)	137 (53)	6 (75)	12 (24)
• Interventions « psycho-sociales » et éducatives ^d	23 (41)	37 (12)	29 (56)	55 (22)	4 (50)	10 (20)
■ Nombre moyen d'interventions par dossier	4		3		6	
■ Nombre d'interventions totales (en moyenne) par gestionnaire de cas durant la période couverte	50		88		17	
■ Nombre d'interventions et durée d'intervention selon le lieu d'intervention :	Nombre interventions	Durée(hrs)	Nombre interventions	Durée(hrs)	Nombre interventions	Durée(hrs)
• CLC ou CLSC	139	15	100	16	42	non
• Domicile ou résidence	92	109	54	77	3	disponible
• CHSLD	12	10			6	
• Centre hospitalier	3	1				

^a Suite au transfert de dossiers du maintien à domicile, plusieurs usagers n'ont pas été rencontrés par le gestionnaire de cas durant les trois premiers mois. Ces dossiers n'ont pas fait l'objet d'analyse.

^b Pour Sherbrooke, n = 56 pour l'analyse avec le SIC, puisque trois dossiers n'avaient pas été codés.

^c Fréquence (pourcentage)

^d À Sherbrooke, celles-ci représentent exclusivement de la mobilisation aux aidants naturels.

Source : SIC et dossiers des usagers.

TABLEAU 6 : Description de la mise en œuvre, activités et services en gestion de cas (suite)

Variables et indicateurs	Sherbrooke (n = 59) pour 5 g de c	Granit (n = 55) pour 2 g de c	Coaticook (n=8) pour 3 g de c
■ Nombre de cessation après 3 mois et les raisons :			
• Décès	1	1	1
• Atteinte des objectifs	2	0	0
• Hébergement	0	2	0
■ Délai de réponse en jours entre la demande de services et la première visite du gestionnaire de cas	n = 24 8,9 ± 6,5 ^e (1-28)	n = 13 7,4 ± 7,3 (0-29)	Non calculable
■ Nombre de dossiers avec le formulaire d'évaluation multiclientèle :	55 (93,2)	48 (87,3)	6 (75)
• Complètes	53 (96,4)	44 (91,7)	6 (100)
• Partiels	2 (3,6)	4 (8,3)	0
• Fait par gestionnaire de cas	15 (27,3)	17 (35,4)	4 (66,7)
■ Nombre de dossiers avec un ou des SMAF :	57 (96,7)	48 (87,3)	6 (75)
• Complètes	53 (93)	45 (93,8)	6 (100)
• Partiels	4 (7)	3 (6,3)	0
• Fait par gestionnaire de cas	18 (31,6)	19 (39,6)	5 (83,3)
■ Présence d'un PSI	48 (81,4)	36 (65,5)	5 (62,5)
• Fait par gestionnaire de cas	36 (75)	21 (58,3)	5 (100)
■ Nombre moyen de services planifiés dans le PSI	4,4 ± 2,0 (1 à 10)	2,3 ± 1,0 (0 à 4)	3,6 ± 3,2 (1 à 8)
• 0-2	10	21	3
• 3-6	29	15	1
• 7-10	9	0	1

^e Moyenne ± écart-type (étendue).

Source : SIC et dossiers des usagers.

TABLEAU 6 : Description de la mise en œuvre, activités et services en gestion de cas (suite)

Variables et indicateurs	Sherbrooke (n = 59) pour 5 g de c	Granit (n = 55) pour 2 g de c	Coaticook (n=8) pour 3 g de c
■ Principales raisons d'interventions :			
• Démence	30 (51,7)	13 (23,6)	1 (12,5)
• AVC (accident vasculaire cérébral)	17 (29,3)		
• Dépendance aux AVD ^f et AVQ ^g (principalement mobilité, incontinence, hygiène et repas)	32 (55,1)	48 (87,3)	6 (75)
• Risque d'épuisement ou épuisement de l'aidant	39 (67,2)	36 (65,5)	2 (25)
• Problème d'adaptation à une situation éprouvante concernant l'usager		34 (61,8)	
• L'usager requiert des services régionaux	non applicable		5 (62,5)

^f Activités de la Vie Domestique

^g Activités de la Vie Quotidienne

Source : SIC et dossiers des usagers.

6.1.2.6 Analyse du contexte, caractéristiques de l'organisation au niveau « micro »

Les conditions d'implantation de la gestion de cas sont très différentes d'une MRC à l'autre. Toutefois, la satisfaction des gestionnaires de cas par rapport à leurs conditions de travail est semblable. Ils considèrent tous leur horaire de travail, leur charge de travail, leur contrôle sur leur travail et leur salaire comme étant assez ou très satisfaisants.

Dans chaque MRC, les gestionnaires de cas perçoivent leur rôle comme étant clair ou partiellement clair. À Sherbrooke, le partage des tâches entre intervenant-pivot et gestionnaire de cas n'est pas toujours bien défini. De plus, leur implication auprès d'usagers qui nécessiteraient des services de plusieurs établissements, mais qui ne les reçoivent pas,

reste à préciser. Elles définissent leur mandat principalement comme étant des coordonnatrices de services auprès de toutes les ressources du réseau. En plus de faire les demandes de services, elles rencontrent les usagers dans différents milieux et elles assurent une communication interétablissements, afin de permettre aux autres intervenants en charge d'avoir une vision plus globale du client. Ainsi, leur travail évite que le client ait à répéter l'histoire de sa maladie à plusieurs reprises.

Elles s'attribuent aussi un rôle d'avocate, puisque le client étant au centre de leurs préoccupations, elles dénoncent les coupures de services qui concernent les besoins de leur clientèle et qu'elles s'assurent que les besoins identifiés, mais non comblés, soient acheminés à des instances décisionnelles supérieures. Toutefois, leur rôle de négociateur de services est souvent limité par les politiques des établissements. C'est davantage par l'acheminement des demandes à des niveaux décisionnels supérieurs qu'elles ont un certain pouvoir de négociation. Malgré tout, la négociation des services avec les partenaires nuit généralement peu à leur travail. Enfin, elles améliorent l'adéquation des services aux besoins en planifiant, par exemple, avec l'utilisateur une alternative advenant que celui-ci perde son aidant. Elles sont entièrement d'accord avec les objectifs et le mandat de la gestion de cas.

Dans les deux autres MRC, le nouveau rôle de gestionnaire de cas représente peu de changements par rapport à leurs fonctions antérieures. Une confusion existe dans le partage des tâches entre le rôle de travailleur social d'un établissement régional et celui de gestionnaire de cas. Les gestionnaires de cas soulignent qu'ils sont interpellés tardivement par les travailleurs sociaux des différents établissements régionaux et que l'information

qui leur est transmise est très parcellaire. Certains gestionnaires de cas mentionnent ne pas s'être encore appropriés le rôle de gestionnaire de cas.

Aucun gestionnaire de cas de ces deux MRC ne pourrait envisager la coordination de services sans offrir de l'intervention psychosociale auprès de cette même clientèle. Tous croient en leur nouveau mandat de gestionnaires de cas et considèrent leurs interventions psychosociales comme étant complémentaires et indispensables à une gestion de cas efficace. Il n'existe aucune confusion entre ces deux rôles. D'ailleurs, selon eux, les intervenants sociaux sont bien placés pour accomplir ce genre de travail puisqu'ils ont une vision globale des problèmes, une approche communautaire et l'habileté pour offrir des services de support, tels que du soutien aux aidants.

En régions rurales, la coordination des services au niveau de leur propre MRC ne pose aucun problème et cette pratique est familière aux intervenants sociaux. Toutefois, la négociation avec les établissements régionaux est davantage problématique puisqu'ils n'ont pas accès directement aux dossiers des clients et qu'ils sont souvent impliqués tardivement.

En plus de planifier et coordonner les services, ils accordent aussi de l'importance à leur rôle d'avocat, en s'assurant de respecter les désirs de la personne lors de la mise sur pied d'un PSI. Enfin, leur responsabilité envers le maintien de l'autonomie a toujours été un de leurs devoirs prioritaires et continue de l'être puisque encore souvent le premier réflexe est à l'institutionnalisation de la personne âgée en perte d'autonomie, mais ils s'assurent que le maximum soit fait pour l'éviter.

La collaboration entre les gestionnaires de cas des trois MRC est qualifiée par la majorité comme étant excellente. Selon les gestionnaires, elle est ainsi pour plusieurs raisons : ils croient tous en l'utilité des réseaux intégrés; ils ont tous une approche centrée sur la clientèle, ainsi qu'une approche multidisciplinaire; ils sont peu nombreux et ils font preuve de respect, de motivation, d'ouverture d'esprit et de capacité d'adaptation. De plus, le leadership exercé par leur coordonnateur (supérieur immédiat), dont la collaboration est aussi qualifiée comme étant excellente sinon très bonne, favorise cet esprit d'équipe.

6.1.2.7 Analyse du contexte, caractéristiques de l'organisation au niveau « macro »

En plus d'être influencée par les caractéristiques de l'organisation au niveau « micro » (fonctionnement interne, relations au sein de l'équipe), l'implantation d'un nouveau mode de fonctionnement dépend aussi des caractéristiques organisationnelles au niveau « macro » (relations avec les autres partenaires). L'alliance entre gestionnaires de cas et médecins représente une de ces caractéristiques particulièrement évaluées dans le cadre de cette étude. La vision des médecins sera discutée dans la prochaine section. Voici maintenant la perception de cette collaboration selon les gestionnaires de cas.

Au sein des trois MRC, les médecins ont participé très peu au dépistage des personnes âgées pouvant bénéficier de la gestion de cas. Au Granit, comme le guichet unique était en place durant ces premiers mois d'implantation de la gestion de cas, les médecins ont développé le réflexe de référer leurs personnes âgées en besoin de services à cet endroit, mais peu ont fait allusion aux services d'un gestionnaire de cas. Au sein des trois MRC, ils ont rarement été présents aux réunions d'équipes multidisciplinaires concernant leurs

patients et n'ont contacté qu'occasionnellement les gestionnaires de cas pour s'enquérir de certaines informations en lien avec leurs patients. Par contre, selon les gestionnaires de cas, ils ont une opinion assez favorable de la gestion de cas et collaborent à la demande. Selon certains gestionnaires de cas, une meilleure connaissance du rôle de gestionnaire de cas, par les médecins, serait nécessaire.

À Sherbrooke, les gestionnaires de cas soutiennent qu'ils informent le médecin de famille, dans 75 % à 100 % des cas, lorsque la situation d'un de leur patient change, mais dans une proportion moindre pour les gestionnaires de cas des MRC périphériques (Granit et Coaticook).

À Sherbrooke, jusqu'à maintenant les premiers contacts entre gestionnaires de cas et médecins ont été positifs dans l'ensemble. Les gestionnaires de cas croient que les médecins considèrent leur travail complémentaire et utile en autant que la gestion de cas n'alourdisse pas leur charge de travail. Elles s'entendent toutes pour dire que la meilleure stratégie d'approche avec les médecins consiste à être brève et précise et qu'il faut privilégier le courrier ou le fax aux appels téléphoniques. Ainsi, Sherbrooke est la seule MRC où les gestionnaires de cas informent le médecin traitant qu'elles s'occupent dorénavant de leur patient par l'envoi d'une lettre et du PSI. Lorsque nécessaire, elles indiquent qu'elles apprécieraient avoir plus d'informations au sujet dudit patient. Pour l'instant, les médecins collaborent, mais rares sont ceux qui informent spontanément le gestionnaire de cas de l'évolution de leur patient.

Comme mentionné précédemment, peu de médecins ont participé au repérage des personnes âgées pouvant bénéficier de la gestion de cas à Sherbrooke. Les gestionnaires sont conscientes que les médecins ne sont pas tous au courant que ce service existe, que le guichet unique n'était pas encore en place et que plusieurs ne comprennent pas encore très bien ce que fait un gestionnaire de cas. En ce sens, la lettre explicative envoyée à chaque médecin lors de la prise en charge d'un nouveau patient, ainsi que les efforts faits par leur coordonnateur (supérieur immédiat) afin de faire connaître leur nouveau mandat, devraient aider à améliorer la collaboration.

À Coaticook, les médecins sont très accessibles et la collaboration est établie depuis longtemps. Comme les intervenants commencent à s'approprier le rôle de gestionnaire de cas, les médecins ne peuvent qu'en avoir une compréhension partielle. Enfin, au Granit, les liens sont plus difficiles à établir avec certains médecins. Les gestionnaires de cas doivent intervenir avec tact puisqu'elles ont l'impression que leur jeune âge leur nuit et que certains médecins peuvent trouver leurs interventions comme relevant de leurs propres fonctions.

Les relations avec les autres intervenants du réseau sont aussi déterminantes pour le bon fonctionnement de la gestion de cas. Par autres intervenants du réseau on entend : les infirmiers, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les organismes communautaires, les archivistes, les psychoéducateurs, les entreprises d'économie sociale, les régies régionales... Les gestionnaires de cas qui ont eu à collaborer avec ceux-là, disent avoir eu de la facilité à entrer en contact avec la majorité des intervenants, sauf ceux des entreprises d'économie sociale. Tous sont intéressés à collaborer avec le

gestionnaire de cas et participent suffisamment. Cette collaboration est très appréciée par les gestionnaires de cas.

Par contre, l'acceptation et la reconnaissance du rôle de gestionnaire de cas par les travailleurs sociaux des différents établissements de Sherbrooke restent à parfaire. Certains démontrent quelquefois de la résistance passive. Celle-là est en fait la conséquence du recoupement des rôles, puisque certains mandats du gestionnaire de cas, tel que faire des démarches auprès d'un autre établissement pour un client, relevaient habituellement des intervenants sociaux du CLSC ou des hôpitaux. Un comité, composé de membres du CLC et du CLSC, a été formé à Sherbrooke après quelques mois d'implantation pour préciser le rôle de chacun.

En ce qui concerne la perception du niveau de connaissances de la gestion de cas par ces mêmes intervenants, les opinions des gestionnaires de cas sont très variées. Au Granit, selon les deux gestionnaires de cas, la majorité des intervenants connaissent l'existence des gestionnaires de cas, savent comment les contacter, comprennent que l'individu, devenu maintenant gestionnaire de cas, exerce une fonction différente de celle qu'il accomplissait avant, mais moins de 50 % saisissent bien ce que fait un gestionnaire de cas. À Sherbrooke, la perception de l'état des connaissances des autres intervenants par les gestionnaires de cas varie beaucoup d'un gestionnaire à l'autre. Il est cependant clair que les autres intervenants ne comprennent pas clairement le nouveau rôle de gestionnaire de cas. À Coaticook, les perceptions de deux gestionnaires qui ont répondu à la question sont diamétralement opposées pour l'ensemble des éléments ci-haut mentionnés.

6.1.3 ÉVALUATION DES RESSOURCES

Différentes ressources sont mises à la disposition des gestionnaires de cas. Lorsqu'on évalue l'implantation d'un programme, il est important de vérifier si les ressources déployées sont suffisantes et pertinentes pour implanter le changement.

6.1.3.1 *Formations, aptitudes et expériences*

La formation professionnelle de base est importante. Tous les gestionnaires de cas, majoritairement des travailleurs sociaux, sauf pour une infirmière et une psychologue à Sherbrooke, la considèrent appropriée pour effectuer leur travail. Par ailleurs, les aptitudes individuelles sont aussi très importantes. Une bonne capacité d'analyse, d'interaction, et de négociation sont indispensables. L'expérience auprès des personnes âgées varie grandement entre les gestionnaires de cas des différentes MRC et ne semble pas affecter le rôle de gestionnaire de cas, selon eux.

La formation offerte juste avant l'entrée en fonction des gestionnaires de cas a été perçue utile par tous. À Sherbrooke, la qualité de la documentation remise et les formateurs experts pour chacun des cours ont été très appréciés. De plus, la formation s'est déroulée sur plusieurs jours consécutifs et ce, avant que les gestionnaires de cas ne débutent leur nouveau mandat. Cet horaire a permis de se consacrer pleinement aux nouveaux apprentissages, ainsi que de développer une vision du rôle et de la philosophie d'intervention des gestionnaires de cas. Par contre, les gestionnaires de cas des MRC rurales, qui n'ont reçu qu'une partie de la formation offerte à Sherbrooke, ont dit avoir consolidé certains concepts, mais mentionnent qu'ils maîtrisaient déjà la majorité des connaissances dont il

était question. L'élément manquant à ces deux types de formations est la présentation, par des gestionnaires de cas, d'exemples concrets de gestion de cas comprenant des plans de services individualisés adaptés à la clientèle âgée en perte d'autonomie. Au Granit, l'aspect éthique touchant la confidentialité aurait été un sujet à approfondir, et à Coaticook, la précision des mandats des gestionnaires de cas par rapport aux intervenants sociaux régionaux aurait pu faire l'objet d'apprentissage complémentaire. En ce qui concerne la formation continue, elle semble être offerte à Sherbrooke, mais pas encore dans les deux autres territoires.

6.1.3.2 Ressources matérielles

Quatre outils utilisés par les gestionnaires de cas ont aussi fait l'objet de notre évaluation : l'outil multientèle, le SMAF, le PSI et le SIC. Ils sont tous jugés utiles, mais l'appréciation de l'utilité du PSI et surtout du SIC est moindre. La présence d'un outil commun d'évaluation des clientèles (l'outil multientèle) dans la majorité des dossiers, représente un point de repère familier et facilite le développement d'un langage commun. En ce qui concerne la facilité d'utilisation de ces outils, les gestionnaires les trouvent simples à utiliser, surtout le SIC. Certains gestionnaires de cas trouvent, par contre, plus difficile d'utiliser le PSI et c'est l'outil dont la maîtrise est la moins bonne. Le SIC est l'outil le mieux maîtrisé par l'ensemble des gestionnaires de cas. Pour les gestionnaires de cas de Sherbrooke, il permet d'avoir accès rapidement aux différents intervenants impliqués auprès d'un usager et permet de savoir où en sont rendues leurs interventions. Cependant, sa mise à jour par les différents gestionnaires de cas reste regrettablement souvent incomplète et nuit à leur travail.

D'autres ressources matérielles peuvent être nécessaires pour effectuer le travail de gestion de cas. Neuf gestionnaires de cas sur dix disent avoir besoin de documents de référence, écrits ou informatisés, pour aider à la réalisation de leur travail. De ceux-ci, sept sur neuf considèrent qu'ils ont facilement accès à de tels documents dans leur milieu de travail. Une gestionnaire de cas de Sherbrooke et un gestionnaire de cas du Coaticook mentionnent que l'accessibilité à de tels documents est partielle.

6.1.3.3 Ressources humaines

Des ressources humaines sont aussi indispensables à la réalisation d'une telle tâche. Au niveau « micro », des rencontres avec les autres gestionnaires de cas de la même MRC, afin de discuter et partager des difficultés rencontrées dans leur travail, qu'elles soient formelles ou non, facilitent leur travail. À Sherbrooke, ces rencontres hebdomadaires ont aidé à l'implantation de la gestion de cas. La présence d'un coordonnateur qui fait preuve d'esprit d'équipe et qui encadre bien les gestionnaires, est une ressource importante pour le bon fonctionnement de la gestion de cas. Par ailleurs, durant ces trois premiers mois d'implantation, le nombre de gestionnaires de cas au sein de chaque MRC semble suffisant, sauf au Granit où une des deux gestionnaires de cas indique qu'il en faudrait davantage pour répondre à la demande.

Au niveau « macro », la consultation de certains professionnels pour des questions spécifiques est jugée nécessaire par neuf gestionnaires de cas. Parmi ces derniers, six disent avoir facilement accès à ces professionnels, mais les deux gestionnaires de cas du Granit mentionnent que l'accessibilité aux médecins, généralistes ou spécialistes est plus difficile. À Coaticook, la consultation de médecins extérieurs à la MRC est très limitée.

6.1.3.4 Environnement de travail

Le lieu physique de travail représente aussi un élément à considérer lorsqu'on évalue l'implantation d'une nouvelle pratique. À Sherbrooke, le positionnement des bureaux nuit à la concentration, au travail téléphonique et à la confidentialité, étant donné que les gestionnaires de cas n'ont pas leur propre bureau fermé. Les cinq gestionnaires de cas sont regroupés dans deux bureaux. De plus, l'emplacement des bureaux ne facilite pas le contact avec les autres professionnels, puisqu'elles travaillent dans un édifice séparé, mais cette opinion n'est pas partagée par l'ensemble des gestionnaires de cas. Le lieu physique de travail ne représente pas un obstacle au travail des gestionnaires de cas de Coaticook et du Granit.

6.1.3.5 Ressources externes

Enfin, les ressources externes (publiques, privées, institutionnelles et communautaires) qui déterminent l'offre de services aux personnes âgées sont indispensables au bon fonctionnement de la gestion de cas. Selon les gestionnaires de cas, les services sont insuffisants en nombre et en variété pour répondre aux besoins de la clientèle. Parmi les services insuffisants en nombre, on retrouve au sein des deux MRC rurales : des services de transport adapté, des services d'aide à domicile, des personnes disponibles pour du gardiennage, des ressources pour personnes âgées avec troubles cognitifs ou en soins palliatifs. À Sherbrooke, il n'y a pas suffisamment de ressources d'hébergement par alternance adaptées à une clientèle âgée en perte d'autonomie, le centre de jour et la Société Alzheimer n'arrivent pas à répondre à la demande.

Au niveau des services inexistant, à Coaticook, on déplore l'absence de ressources intermédiaires spécialisées et des mesures de répit-gardiennage, qu'elles soient privées ou publiques. Au Granit, la physiothérapie n'est offerte qu'à l'hôpital, et comme le transport adapté est insuffisant, de la réadaptation à domicile serait nécessaire. Enfin à Sherbrooke, des mesures souples de répit, du gardiennage spécialisé pour aînés avec problèmes de comportement, du gardiennage à faible coût et des appartements avec services pour les couples dont un des deux est encore autonome, sont au nombre des services inexistant.

6.1.4 *FACTEURS PERMETTANT UNE GESTION DE CAS EFFICACE*

Les questionnaires et les « focus groups » ont permis l'identification de différents facteurs qui permettent une gestion de cas efficace, propres à chacune des MRC.

6.1.4.1 *Sherbrooke*

Le facteur le plus fréquemment mentionné à Sherbrooke découle de la définition même de la gestion de cas. Ce que les gestionnaires de cas apprécient le plus est de pouvoir suivre et rencontrer l'usager où qu'il soit dans le réseau, développant ainsi une vision globale de sa situation qui permet une prise en charge plus complète. De plus, comme elles ne sont pas liées à un établissement, elles bénéficient d'une plus grande autonomie et leurs recommandations ne sont pas en fonction des intérêts de l'établissement d'appartenance.

Un autre aspect aidant au bon fonctionnement de leur travail est l'entraide mutuelle qui règne au sein de l'équipe. La diversité des formations de base des gestionnaires de cas permet à chacune d'avoir accès rapidement et concrètement à de l'expertise dans un

domaine qui n'est pas le sien. Cette complémentarité des professions élargit aussi la vision qu'elles peuvent avoir d'un problème donné ou du potentiel d'un usager. Elle aide aussi à mieux circonscrire jusqu'où un gestionnaire de cas doit faire de l'intervention sociale, par exemple, en se comparant à ce que ferait l'infirmière dans la même situation. L'accès aux dossiers des différents établissements est crucial au bon fonctionnement de la gestion de cas, surtout en l'absence d'un dossier clinique informatisé (non en place au moment de cette étude).

6.1.4.2 *Granit et Coaticook*

Parmi les éléments aidant à la mise en place de la gestion de cas en MRC rurale, on mentionne un bon encadrement par les supérieurs immédiats et une bonne communication avec eux, le soutien et l'entraide au sein des équipes de gestionnaires de cas et la taille même de la MRC permettant d'entrer rapidement en contact avec les différents partenaires. Par ailleurs, les établissements de ces MRC sont maintenant fusionnés, ce qui permet un accès rapide à plusieurs services, une communication facile avec les différents intervenants sur place, ainsi que la consultation d'un seul dossier pour les gestionnaires de cas de Coaticook.

Au Granit, comme le territoire à couvrir est très étendu, les gestionnaires de cas sont munies d'un télé-avertisseur et d'un téléphone cellulaire, ce qui permet une meilleure communication entre les gestionnaires de cas et les intervenants. De plus, plusieurs séances d'information et des bulletins d'information ont été offerts aux différents intervenants et ceux-ci ont facilité l'intégration des gestionnaires de cas à la pratique actuelle.

6.1.5 *FACTEURS RESTREIGNANT UNE GESTION DE CAS EFFICACE*

6.1.5.1 *Sherbrooke*

À Sherbrooke, l'élément majeur qui semble nuire à leur fonctionnement au niveau de l'organisation du travail est le lieu de travail. Comme les cinq gestionnaires sont regroupées dans deux bureaux, la concentration est souvent difficile puisque certaines sont au téléphone lorsque d'autres rédigent des notes au dossier. L'autre facteur majeur est le manque de ressources dans certains domaines, principalement en hébergement par alternance et en répit-gardiennage. L'absence de certains services a nui à la rédaction des PSI. Un autre élément qui entrave la mise en œuvre, mais de moindre portée, est la lenteur dans l'échange d'information entre les différents intervenants. Le dossier clinique informatisé n'étant pas encore un de leurs outils, le dossier papier est demeuré le principal moyen de communication et a exigé de multiples déplacements d'un établissement à l'autre, lors de la prise en charge d'un patient ou de la mise à jour d'un dossier. Ces retards imposés par l'absence du DCI ont restreint le nombre d'usagers pouvant être suivis en gestion de cas. Par contre, l'accès aux dossiers pour les gestionnaires de cas de Sherbrooke n'a pas été problématique. Enfin, l'absence du guichet unique durant ces premiers mois d'implantation a aussi représenté un obstacle à une gestion de cas efficace, puisqu'il a contribué à limiter les références en gestion de cas.

6.1.5.2 *Granit et Coaticook*

Au Granit, le manque de services a nui à la réalisation des PSI, notamment en ce qui a trait au transport adapté, ainsi qu'au répit pour les aidants,. La lenteur de l'échange de

l'information a nui aussi, mais pas autant que les fréquents déplacements sur de longues distances qu'ils doivent faire pour rencontrer les usagers. L'importance du territoire à couvrir limite donc le nombre d'usagers pouvant être suivis en gestion de cas.

À Coaticook, le manque de ressources afin de répondre au besoin grandissant d'offrir du répit aux aidants, ainsi qu'une difficulté d'accessibilité au transport adapté découlant de la non-adhérence de certaines municipalités de la MRC au réseau intégré, sont deux éléments qui ont représenté des obstacles majeurs à leur travail, notamment pour la réalisation des PSI. Les gestionnaires de cas ont aussi mentionné la lourdeur des tâches administratives et la faible proportion de temps alloué à la gestion de cas comme autres obstacles à l'implantation.

Les mécanismes de liaison entre les MRC périphériques et la MRC de Sherbrooke restent à parfaire. Les gestionnaires de cas de Coaticook sont souvent informés tardivement, lorsqu'ils le sont, qu'un de leurs patients a été hospitalisé. Bien souvent, c'est par l'entremise d'un intervenant de leur propre MRC ou les proches du patient, qu'ils sont mis au courant. Le même problème est aussi vécu à l'intérieur même de la MRC lorsqu'il s'agit du personnel de soir ou de nuit ou encore de remplaçants. Ceux-ci ne sont pas suffisamment informés de ce qu'est un réseau intégré et du rôle de gestionnaire de cas comme intervenant-coordonnateur. Enfin, le peu de temps consacré à l'appropriation de leur nouveau rôle de gestionnaire de cas a nui à l'intégration et à la reconnaissance de ce nouvel intervenant.

6.1.6 *RECOMMANDATIONS POUR L'IMPLANTATION D'UN RÉSEAU INTÉGRÉ*

Nous avons demandé aux gestionnaires de cas les messages qu'ils voudraient livrer à d'autres gestionnaires de cas, à des médecins ainsi qu'à des décideurs qui s'apprêteraient à implanter un réseau intégré. Le message à transmettre à des gestionnaires de cas qui commencent est l'importance de faire preuve d'une attitude ouverte et flexible, d'être très autonome et à l'aise avec une certaine insécurité. Il faut placer le client au centre de ses préoccupations et intégrer l'ensemble des services et ressources disponibles pour répondre le plus adéquatement aux besoins.

Ce qu'il faut communiquer aux médecins est l'importance de leur rôle dans le dépistage des aînés susceptibles de bénéficier de la gestion de cas. De plus, il faut convaincre les médecins que le gestionnaire de cas est l'intervenant le mieux placé pour coordonner les services des personnes âgées. Enfin, il faut informer les décideurs de l'importance de prendre leurs décisions non pas seulement en fonction de l'établissement dont ils ont la gestion, mais aussi en fonction des répercussions qu'auront ces décisions sur l'offre de services aux personnes âgées du reste du réseau. Ils doivent aussi présenter clairement leurs projets aux intervenants susceptibles d'y contribuer, afin que ceux-ci aient une vision globale de la situation et qu'ils s'approprient eux aussi le projet.

6.1.7 *MESURE DU DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DE LA GESTION DE CAS*

Un score final en regard de l'implantation de la gestion de cas, de l'outil multicientèle incluant le SMAF et du plan de services individualisé (PSI) peut être calculé pour chaque MRC (voir le tableau 7). Ce calcul a été défini quantitativement au lieu de qualitativement

puisque ainsi la limite entre l'acceptable et le non acceptable est plus simple, clair et reproductible (Lipps et Grant, 1990).

Le calcul du degré de mise en œuvre s'est fait en considérant que chacune des trois composantes de l'implantation représente un tiers du score total pour chaque MRC, et que lorsqu'une composante est définie par deux indicateurs, ceux-ci ont une valeur égale. Les degrés de mise en œuvre pour chacune des MRC sont les suivants : Granit 70,9 %, Sherbrooke 67,3 % et Coaticook 50,4 %.

TABLEAU 7 : Mesure du degré de mise en œuvre de trois composantes de l'implantation des réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie

Indicateurs et objectifs opérationnels	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Gestion de cas			
<ul style="list-style-type: none"> Écart entre le nombre de gestionnaires de cas en poste à temps complet lorsque comparé à l'estimation du nombre requis. Sherbrooke : 19,7 Granit : 3,5 Coaticook : 2,4 	5 g de cas / 20 (25 %)	2 g de cas / 3,5 (57,1 %)	0,5 g de cas / 2,5 (20 %)
<ul style="list-style-type: none"> Écart entre la charge de cas moyenne et celle recommandée 45 / g de c 	12 / 45 (26,7 %)	28 / 45 (62,2 %)	3 / 45 (6,7 %)
Plan de services individu alisé (PSI)			
Présence ou non d'un PSI 100 %	81 %	66 %	63 %
Outil unique d'évaluation			
Présence ou non de l'outil multicientèle 100 %	93 %	87 %	75 %
Présence ou non d'un SMAF 100 %	97 %	87 %	75 %

6.2 Questionnaires auprès des médecins de famille

6.2.1 TAUX DE PARTICIPATION AUX DEUX QUESTIONNAIRES POSTAUX

Un total de 267 questionnaires ont été envoyés aux médecins inclus sur la liste. De ce nombre, 61 médecins n'étaient pas admissibles principalement parce que le médecin ne traitait pas de personnes âgées. Parmi les 206 médecins de famille alors admissibles, 124 ont rempli le questionnaire pour un taux global de réponse de 60,2 %. La MRC de Sherbrooke et celle du Granit ont obtenu des taux de réponses sensiblement identiques, 58,2 % et 57,9 % respectivement, et la MRC de Coaticook a eu un taux de réponses de 100 %. On observe une moyenne de 4 non-répondants par question (3,79, écart-type de 3,39).

Le deuxième questionnaire fut envoyé aux 124 médecins ayant répondu au premier afin de suivre l'évolution de leurs perceptions. Seulement trois médecins n'étaient plus admissibles. Sur les 121 médecins admissibles, 104 y ont répondu pour un taux de réponses de 86 %. Le taux de non-réponse partiel est en moyenne de $5 \pm 4,3$). Les détails concernant la participation aux deux questionnaires sont présentés aux figures 3 et 4.

FIGURE 3 : Taux de réponse au 1^{er} questionnaire postal aux médecins

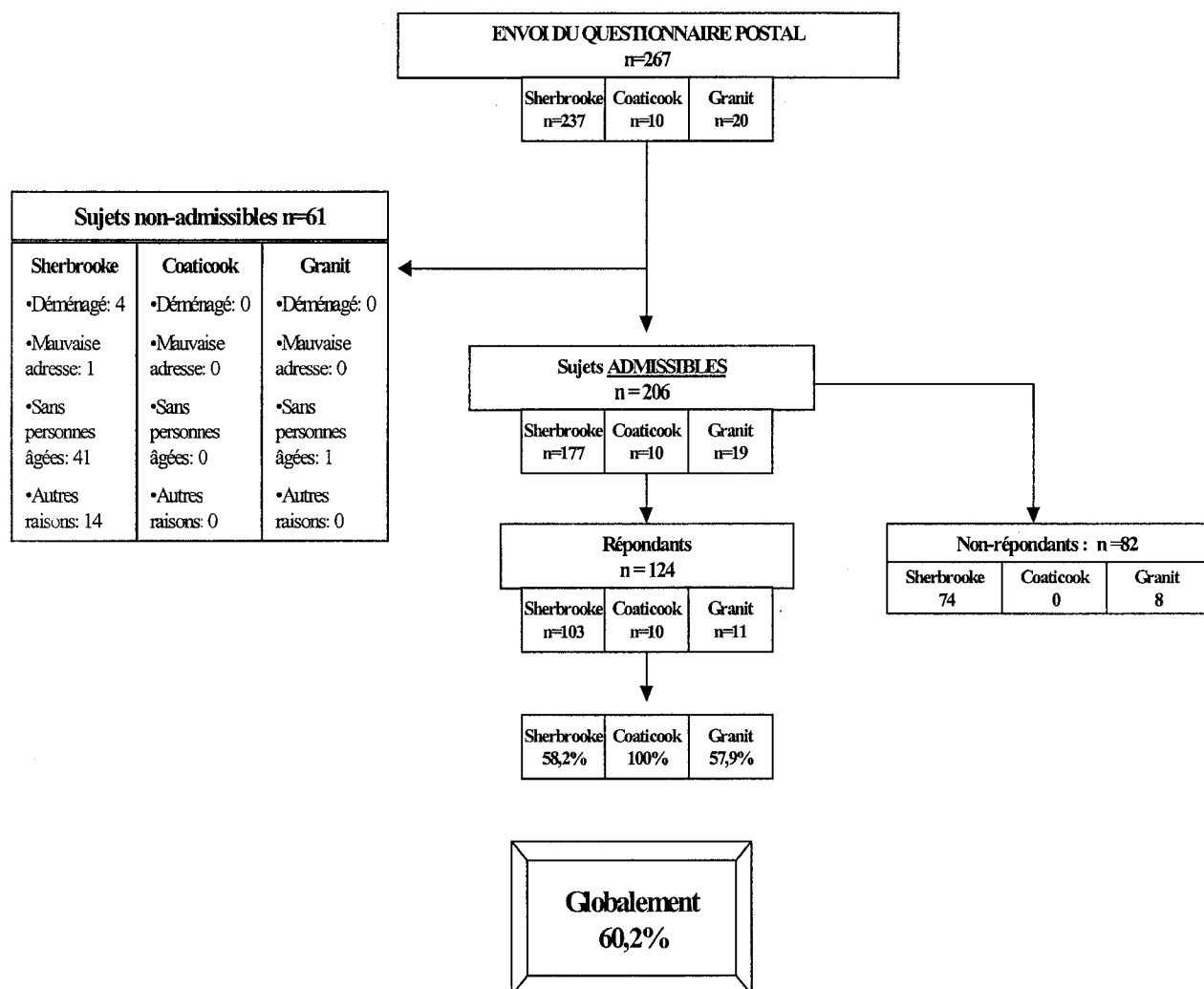
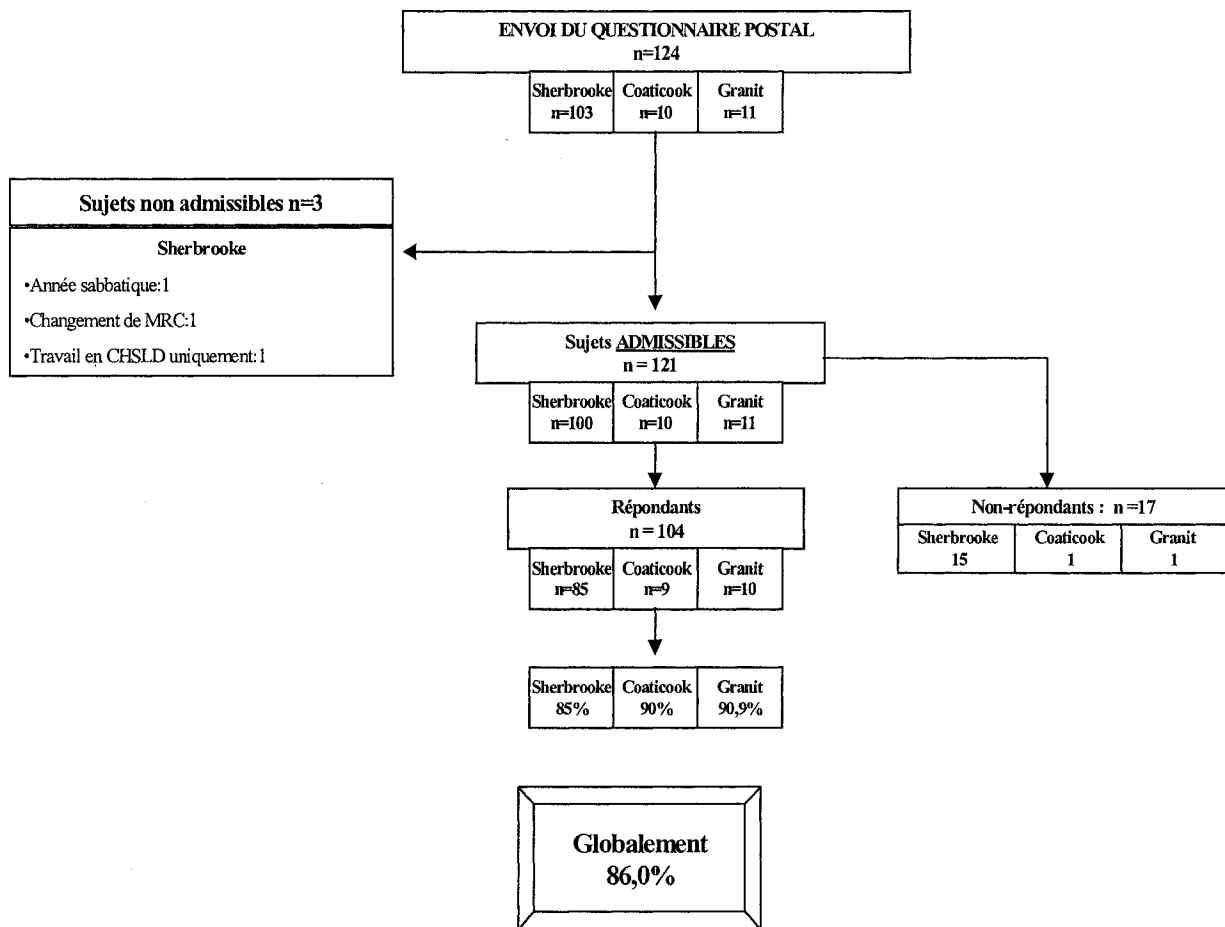


FIGURE 4 : Taux de réponse au 2^e questionnaire postal aux médecins



6.2.2 PORTRAIT DES RÉPONDANTS

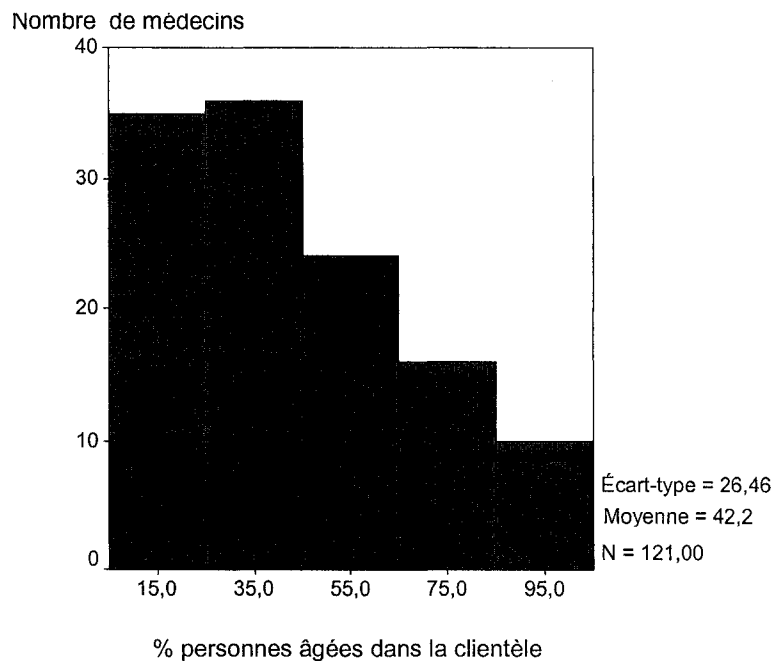
Les principales caractéristiques sociodémographiques des 124 répondants au premier questionnaire sont résumées au tableau 8. Comme les répondants du deuxième questionnaire sont uniquement ceux qui ont répondu au premier, ce tableau fournit un portrait de l'ensemble des répondants aux deux questionnaires.

Les répondants sont en majorité des hommes (55,6 %), de la MRC de Sherbrooke (83 %) et ayant entre 11 et 30 ans d'expérience (69,1 %). La pratique des médecins répondants est

principalement de groupe (82,1 %). Ils travaillent entre 35 à 54 heures par semaine (69,9 %). Leur pratique est très diversifiée, mais 48,2 % du travail hebdomadaire de l'ensemble de ces médecins consiste en des consultations en cabinet privé. Seulement 6,4 % du travail hebdomadaire est consacré au soins à domicile. Selon leurs capacités et intérêts, 59 % des médecins répondants projettent de rester des médecins polyvalents d'ici 10 ans.

Le pourcentage de personnes âgées dans la clientèle des médecins ayant répondu est présenté à la figure 5. En moyenne, les médecins ont 42,2 % de personnes âgées dans leur clientèle, et ce pourcentage présente une variabilité importante au sein de l'échantillon, ayant un écart-type de 26,5 %. Ces pourcentages sont semblables au sein des deux MRC rurales, soit de 47,3 % (écart-type 24,4 %) au Granit et 30,0 % (écart-type 19,9 %) à Coaticook.

FIGURE 5 : Pourcentage de personnes âgées dans la clientèle des médecins répondants.



Source : premier questionnaire aux médecins.

Certaines caractéristiques diffèrent d'une MRC à l'autre. À Sherbrooke et à Coaticook, la pratique est principalement de groupe (88,2 % (90/102) et 100 % (10/10), respectivement), comparativement au Granit où les omnipraticiens pratiquent en solo à 90,0 % (10/11). Les autres différences sont de moins grande importance mais méritent d'être soulignées. Au Granit, 54,5 % (6/11) des omnipraticiens ont reçu une formation de type internat multidisciplinaire, contrairement à une résidence en médecine de famille pour la majorité des médecins des deux autres MRC (77,2 % ou 78/102 à Sherbrooke et 100 % ou 10/10 à Coaticook). En ce qui concerne le nombre d'années de pratique, c'est à Coaticook que les médecins sont les plus jeunes, puisque la majorité (60 %, 6/10) ont 10 ans et moins de pratique (25,5 % ou 26/102 à Sherbrooke et 27,3 % ou 3/11 au Granit).

Le nombre d'heures travaillé par semaine est plus élevé à Coaticook où 90 % (9/10) des médecins travaillent plus de 45 heures par semaine, comparativement à 41,2 % (42/102) à Sherbrooke et 45,5 % (5/11) au Granit. D'ici les 10 prochaines années, la moitié des omnipraticiens du Granit pensent se spécialiser dans un ou quelques créneaux (5/10), contrairement au deux autres MRC où la majorité souhaitent demeurer polyvalents (58/101 et 9/10). Enfin, par rapport au pourcentage de temps consacré, en moyenne, à chacun des différents milieux de pratique, les deux points suivants sont à souligner : à Coaticook, les médecins répondants consacrent 35,9 % de leur travail à faire de l'urgence (versus 7,3 % à Sherbrooke et 12,3 % au Granit) et au Granit, seulement 1,2 % du temps est alloué au travail en CLSC (1 médecin), contrairement à 14 % à Coaticook (3 médecins) et 13,2 % à Sherbrooke (24 médecins).

**TABLEAU 8 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants
(deux questionnaires)
n : varie de 122 à 124**

Caractéristiques	Fréquence, n (pourcentage)
Sexe	69 (55,6)
Masculin	
MRC	
Sherbrooke	103 (83)
Coaticook	10 (8,1)
Granit	11 (8,9)
Formation universitaire :	
Internat unidisciplinaire	1 (0,8)
Internat multidisciplinaire	28 (23)
Résidence en médecine de famille	93 (76,2)
Nombre d'années de pratique	
Moins de 5 ans	13 (10,6)
Entre 5 et 10 ans	22 (17,9)
Entre 11 et 20 ans	41 (33,3)
Entre 21 et 30 ans	44 (35,8)
Plus de 30 ans	3 (2,4)
Type de pratique	
Solo	22 (17,9)
Sans partage de dossiers	8 (6,5)
Avec partage de dossiers	93 (75,6)
Nombre d'heures travaillées/semaine	
<25 heures	5 (4,1)
25-34 heures	10 (8,1)
35-44 heures	47 (38,2)
45-54 heures	39 (31,7)
55-64 heures	17 (13,8)
>65 heures	5 (4,1)
Perspectives des médecins dans 10 ans, selon leurs capacités et intérêts	
Être un médecin polyvalent	72 (59)
Se spécialiser dans quelques créneaux	29 (23,8)
Se spécialiser dans un seul créneau	20 (16,4)
Prendre sa retraite	1 (0,8)

Source : Premier questionnaire aux médecins.

**TABLEAU 8 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants
(deux questionnaires) (suite)**
n : varie de 122 à 124

Caractéristiques	Fréquence, n (pourcentage)
Pourcentage de temps hebdomadaire consacré à différents milieux de pratique	
Consultations en cabinet privé	48,2
Consultations en CLSC	12,2
Urgence	10,1
Hospitalisation	7,3
Hébergement	7,3
Soins à domicile	6,4
Gériatrie	2,8
Recherche	1,5
Administration	1,3
Obstétrique	0,7
Santé publique	0,3
Autres	2,1

Source : Premier questionnaire aux médecins.

6.2.3 PREMIER QUESTIONNAIRE

6.2.3.1 Perceptions face aux réseaux intégrés en préimplantation

En Estrie, 98 % des médecins répondants croient que les omnipraticiens devront de plus en plus faire partie d'un réseau intégré de services. Par contre, très peu se sentent impliqués et consultés dans les décisions concernant l'implantation de ces réseaux. Près du tiers ne savaient aucunement qu'un réseau intégré pour personnes âgées allait s'implanter sur leur territoire dans les semaines à venir. Par ailleurs, l'utilisation des services d'un gestionnaire de cas, élément central d'un réseau intégré, semble un besoin réel puisque 86 % des médecins de famille se sont dits intéressés à utiliser leurs services. Le tableau 9 présente les pourcentages relatifs à ces différentes questions pour l'ensemble des MRC.

TABLEAU 9 : Perceptions par les médecins au regard des réseaux intégrés pour personnes âgées
n : varie de 118 à 126

Énoncés	Oui	Non	Partiellement
Pensez-vous que les médecins omnipraticiens devront de plus en plus faire partie d'un réseau intégré de services?	119 (98,3) ^a	2 (1,7)	NA
Avez-vous l'impression que les médecins sont impliqués dans les décisions concernant les réseaux intégrés?	10 (8,2)	31 (25,4)	81 (66,4)
Êtes-vous au courant qu'un réseau intégré pour personnes âgées s'implante en Estrie cet automne?	57 (46,7)	33 (27)	32 (26,2)
Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) pour vous impliquer au sein du réseau intégré pour personnes âgées?	19 (15,7)	102 (84,3)	NA
Dans votre pratique actuelle, souhaitez-vous utiliser les services d'un gestionnaire de cas?	101 (85,6)	17 (14,4)	NA

^a Fréquence (pourcentage).

Source ; Premier questionnaire aux médecins.

Si l'on examine les résultats propres à chaque MRC, on observe les différences suivantes. Les médecins en région rurale étaient davantage au courant de l'implantation éventuelle d'un réseau intégré sur leur territoire (66,7 %, 14/21) et se disait aussi mieux informés pour s'impliquer au sein dudit réseau (30,3 %, 6/20). Une deuxième différence à souligner est le désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas. C'est à Coaticook que les médecins sont le plus intéressés (100 %, 10/10), puis à Sherbrooke (86,7 % 85/98) et enfin au Granit (63,6 %, 7/11).

Une régression logistique a permis d'estimer l'effet de certaines variables sur le désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas (variable dépendante). Les différentes étapes sont présentées dans la section 5 de la méthodologie. Le tableau 10 rapporte les valeurs *p* ainsi que les rapports de cotes (Odd Ratio, OR) pour les deux variables indépen-

dantes retenues ($p < 0,20$) et la variable de confusion qui tient compte des regroupements géographiques (hiérarchiques) des médecins. Celles-ci sont le type de pratique (solo ou de groupe) et le pourcentage de personnes âgées dans la clientèle d'un médecin (variable continue) en tenant compte de la MRC (variable de confusion). Aucun terme d'interaction ne fut retenu.

TABLEAU 10 : Analyses bivariées en régression logistique
n : varie entre 115 et 119

Variables indépendantes	Tests, valeurs p et OR
Type de pratique	$\chi^2 = 15,76^a$
De groupe (x = 01)	p=0,0001
Solo (x = 1)	OR=7,19 (2,49 à 20,79) ^b
Pourcentage de la clientèle > 65 ans (pour une augmentation de 10 %)	$\chi^2 = 6,34$
	p=0,0118
	OR=1,47 (1,096 à 1,973)
MRC (deux variables indicatrices) (statut de confusion)	$\chi^2 = 3,15$
	d.l.=2
	p=0,2066
MRC2 (x=1) vs Sherbrooke (x=0)	OR=1,646 (0,194 à 13,97)
MRC3 (x=1) vs Sherbrooke (x=0)	OR=0,32 (0,083 à 1,23)

^a Test Khi-carré de Wald.

^b OR (intervalle de confiance, IC 95 %)

Les OR et les IC ont été calculés au moyen de la régression logistique de Statistix.

Source : Premier questionnaire aux médecins.

La régression logistique avec les trois variables retenues (construction manuelle avec élimination de type *backward*) a donné le modèle suivant : $y = -1,28 + 2,09$ (type de pratique) $+ 0,04$ (MRC2) $+ 0,05$ (MRC3) $+ 0,04$ (% > 65 ans). Dans ce dernier modèle la variable MRC (deux variables indicatrices MRC2 et MRC3) diminue en signification, mais est conservée comme variable de confusion. Voir le tableau 11 pour le détail de ces tests.

TABLEAU 11 : Régression logistique
n = 115

Régression logistique	Valeur p et OR (intervalle de confiance) 95 %		
Modèle à trois prédicteurs			
Type de pratique	p=0,0062	OR=8,05	(1,81 à 35,81)
% > 65 ans	p=0,0102	OR=1,04	(1,01 à 1,07)
MRC2	p=0,7245	OR=1,49	(0,16 à 13,56)
MRC3	p=0,9610	OR=1,05	(0,16 à 6,89)
Déviance : 82,85			

Source : premier questionnaire aux médecins.

Les méthodes d'analyse des résidus ont été réalisées afin de vérifier si le modèle convenait aux données. La table de classification indique une proportion moyenne de classification à 82,6 %. La sensibilité est de 94,8 % et la spécificité est de 21,1 %. Le modèle a donc réussi à identifier 91 médecins intéressés à utiliser les services d'un gestionnaire de cas sur 96. Toutefois, une meilleure répartition entre les médecins intéressés (majoritaires dans cette étude) et les autres aurait permis d'augmenter la spécificité. La statistique C de Hosmer et Lemeshow démontre une concordance acceptable entre les fréquences observées et celles attendues ($p=0,64$). L'analyse de l'influence des observations individuelles sur les résultats a démontré deux données aberrantes qui furent retirées. Suite à ce retrait, les résidus studentisés se situent entre $-3,6$ et $3,0$ et aucune valeur de Cook n'est supérieure à $0,07$. Globalement le modèle semble adéquat par rapport aux données, mais la spécificité est faible en raison de la petite taille de l'échantillon.

Le type de pratique et le pourcentage de personnes âgées dans la clientèle d'un médecin sont donc deux variables associées de façon statistiquement significative au désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas ($p=0,00062$ et $0,00102$ respectivement). Les rapports

de cotes obtenus sont les suivant : 8,05 et 1,04. On peut donc supposer que les médecins pratiquants en groupe sont huit fois plus intéressés à utiliser les services d'un gestionnaire de cas. En ce qui concerne le pourcentage de personnes âgées, le rapport de cotes est peu impressionnant, puisqu'il représente une augmentation de 1 % de personnes âgées dans la clientèle d'un médecin par rapport à un autre. Il est alors plus pertinent de le présenter pour une augmentation de 10 % ($c=10$) : $OR=1,47$ (1,27 à 1,70). Un médecin ayant 10 % plus d'ânés dans sa clientèle qu'un autre est 1,47 fois plus intéressé à utiliser les services d'un gestionnaire de cas.

6.2.3.2 *Perceptions face à la gestion de cas en préimplantation*

L'opinion des médecins envers la gestion de cas était très favorable en préimplantation. Lors du premier questionnaire, plus de 85 % des répondants étaient en accord avec la majorité des énoncés en faveur de la gestion de cas. Deux énoncés faisaient presque l'unanimité : la complémentarité du rôle du gestionnaire de cas à celui du médecin (96,8 %) et la collecte d'information facilitée lors de la prise en charge d'un nouveau patient grâce au gestionnaire de cas (95,9 %).

En ce qui concerne les énoncés discréditant la gestion de cas, les omnipraticiens étaient majoritairement en désaccord avec ceux-ci. Par exemple, 83,8 % des omnipraticiens étaient en désaccord avec cet énoncé : les gestionnaires de cas viendront s'immiscer dans ma relation patient-médecin. Toutefois, lorsqu'on leur demandait si les gestionnaires de cas ne devaient pas plutôt être des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services, 57,9 % étaient en accord avec

cette proposition. Les tableaux 12 et 13 rapportent les pourcentages relatifs à ces différentes questions, par ordre décroissant.

TABEAU 12 : Énoncés favorables à la gestion de cas en préimplantation
n : varie de 112 à 122

Énoncés favorables à la gestion de cas Les gestionnaires de cas...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
■ auront un rôle complémentaire au mien.	118 (96,8) ^a	4 (3,3)
■ faciliteront la collecte d'information lors de la prise en charge d'un nouveau patient.	117 (95,9)	5 (4,1)
■ permettront aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à domicile .	111 (93,3)	8 (6,7)
■ faciliteront l'accès aux services des personnes âgées.	111 (93,3)	8 (6,7)
■ faciliteront mon travail .	105 (92,9)	8 (7,1)
■ aideront à la prise de décision lors du retour à domicile de patients hospitalisés .	113 (92,6)	9 (7,4)
■ contribueront à la diminution de la duplication des services .	100 (86,2)	16 (13,8)
■ me permettront de mieux connaître le contexte de vie de mes patients.	101 (84,9)	18 (15,1)
■ éviteront des hospitalisations inutiles .	94 (83,9)	18 (16,1)
■ allégeront mes tâches bureaucratiques .	78 (66,6)	39 (33,4)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

TABEAU 13 : Énoncés défavorables à la gestion de cas en préimplantation
n: varie de 114 à 118

Énoncés défavorables à la gestion de cas Les gestionnaires de cas...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
■ devraient plutôt être des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.	66 (57,9)	48 (42,1)
■ seront une dépense supplémentaire au système de santé.	51 (44)	65 (56)
■ alourdiront le processus de soins déjà en place.	28 (23,9)	89 (76,1)
■ rendront ma tâche plus complexe .	28 (23,5)	91 (76,5)
■ viendront s'immiscer dans ma relation patient-médecin .	19 (16,4)	97 (83,8)
■ seront peu efficaces puisque les ressources sont très limitées dans ma région.	18 (15,3)	100 (84,7)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

Si l'on regarde les résultats propres à chaque MRC, les conclusions tirées précédemment peuvent être transposés aux MRC de Sherbrooke et de Coaticook. Par contre, les médecins du Granit sont moins enthousiastes. Seulement quatre énoncés sur dix, en faveur de la gestion de cas, obtiennent un pourcentage supérieur à 85, contrairement à huit au sein des deux autres MRC. Uniquement au Granit, une proposition en faveur de la gestion de cas n'obtient pas l'accord de la majorité des répondants. Seulement 36,4 % (4/11) des omnipraticiens pratiquant au Granit croient que les gestionnaires de cas allégeront leurs tâches bureaucratiques parallèlement à 71,1 % (69/97) à Sherbrooke et 55,6 % (5/9) à Coaticook.

Le scénario est le même en ce qui concerne les énoncés défavorables à la gestion de cas. Au Granit, les médecins croient majoritairement que les gestionnaires de cas sont une dépense supplémentaire au système de santé (72,7 %, 8/11), qu'ils complexifieront leurs tâches (72,7 %, 8/11), qu'ils alourdiront le processus de soins déjà en place (63,6 %, 7/11) et ils souhaiteraient avoir des infirmières cliniciennes au lieu de gestionnaires de cas (66,7 %, 6/9). À Sherbrooke et à Coaticook, la majorité des médecins sont en désaccord avec les énoncés qui discréditent la gestion de cas, sauf en ce qui concerne l'utilisation d'infirmières cliniciennes à la place des gestionnaires de cas.

6.2.3.3 *Implication des médecins au réseau intégré*

Le premier questionnaire visait aussi à connaître concrètement jusqu'à quel point les omnipraticiens étaient intéressés à s'impliquer auprès des gestionnaires de cas. Le tableau 14 démontre l'intérêt des médecins à participer au réseau et à collaborer avec les gestionnaires de cas. Les médecins semblent bien décidés à s'impliquer si l'un de leurs patients est suivi en gestion de cas. Par exemple, 95,6 % des médecins sont intéressés à

référer un patient en perte d'autonomie à un gestionnaire de cas. De plus, 91,1 % sont d'accord pour être consultés lors de l'élaboration d'un PSI. Ces résultats sont sensiblement les mêmes pour les 3 MRC.

TABLEAU 14 : Intérêt des médecins à participer au réseau intégré et à collaborer avec les gestionnaires de cas
n : varie de 117 à 120

Énoncés Comme médecin de famille, je suis intéressé à ...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
▪ participer au dépistage des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la gestion de cas.	82 (69,0) ^a	36 (31,0)
▪ discuter avec mes patients en perte d'autonomie de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas.	110 (91,3)	10 (8,7)
▪ référer à un gestionnaire de cas mes patients en perte d'autonomie qui le désirent.	115 (95,6)	5 (4,4)
▪ discuter avec les gestionnaires de cas des patients que nous suivons conjointement.	111 (92,9)	8 (7,1)
▪ être consulté(e) pour l'élaboration du plan de services individualisé (PSI) par le gestionnaire de cas.	107 (91,1)	10 (8,9)
▪ être présent(e) lors des réunions d'équipes multidisciplinaires concernant mes patients si ma rémunération est ajustée en conséquence.	87 (73,5)	31 (26,5)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

6.2.3.4 Alliance entre gestionnaires de cas et médecins et implication auprès des personnes âgées

La prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie requiert un investissement de temps important. Comme cela prendra de l'ampleur dans les années à venir, nous avons interrogé les médecins à ce sujet. Une question qui se posait en Estrie, au sein de la communauté médicale, était de déterminer si les gestionnaires de cas devaient travailler en collaboration avec tous les médecins de famille, ou bien, si les gestionnaires de cas ne devraient pas être jumelés à un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées. D'après notre enquête, 88,5 % des répondants croient que les gestion-

naires de cas devraient travailler en collaboration avec tous les médecins de famille (tableau 15). Ce désir est le même pour les trois MRC.

TABLEAU 15 : Alliances des gestionnaires de cas et des médecins
n : varie de 119 à 122

Les gestionnaires de cas...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
■ devraient travailler surtout avec un groupe de médecins spécifiquement identifiés en soins aux personnes âgées.	50 (42,1) ^a	69 (58,0)
■ devraient travailler en collaboration avec tous les médecins de famille.	108 (88,5)	14 (11,5)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

Toutefois, cette conclusion n'exclut pas le fait que la majorité des médecins à Sherbrooke (59,4 %, 57/96) et au Granit (54,5 %, 6/11) aimeraient avoir l'opportunité de transférer leurs aînés en perte d'autonomie modérée à grave à un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées. Par ailleurs, le tiers des médecins en Estrie se disent intéressés à faire partie d'un tel groupe, et paradoxalement ce sont proportionnellement davantage les médecins de Coaticook qui sont intéressés à faire partie d'un groupe de médecins identifié en soins aux personnes âgées. Le tableau 16 résume ces principales conclusions pour l'ensemble des MRC.

TABEAU 16 : Intérêt des médecins à la pratique auprès des personnes âgées
n : varie de 113 à 119

Énoncés Comme médecin de famille, je suis intéressé à ...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
▪ transférer mes patients en perte d'autonomie modérée à grave à un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.	66 (55,8) ^a	50 (44,2)
▪ faire partie d'un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.	37 (30,7)	82 (69,3)
▪ continuer de suivre toute ma clientèle , même si une partie de celle-ci devient en perte d'autonomie modérée à grave (mais reste toujours à domicile ou en résidence).	90 (80,6)	23 (19,4)
▪ prendre en charge de nouveaux patients , même s'ils sont en perte d'autonomie modérée à grave.	47 (40,5)	69 (59,5)
▪ accueillir de nouveaux médecins en Estrie , car je n'arrive pas à répondre à la demande.	104 (92,5)	9 (7,5)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

6.2.3.5 *Perceptions des médecins en lien avec le dossier clinique informatisé et la rémunération par capitation*

Bien que le dossier clinique informatisé n'ait pas été implanté durant la présente période d'étude, il était intéressant de connaître le positionnement et le niveau de familiarité des médecins avec l'utilisation de l'informatique en préimplantation du réseau. Dans ce même but d'élargissement des connaissances, comme la budgétisation par capitation peut parfois s'avérer un élément important d'un réseau intégré et avoir un impact sur l'utilisation de la gestion de cas, on a aussi documenté l'intérêt des médecins à un tel mode de rémunération. Les tableaux 17 et 18 illustrent les résultats en lien avec ces deux éléments. Les médecins semblent favorables à l'utilisation d'un dossier clinique informatisé et intéressés à y consacrer le temps nécessaire (66 %). Ils sont près des trois quarts à utiliser déjà l'informatique à la maison. La rémunération par capitation est aussi acceptable pour plus de la majorité des médecins (64,8 %).

Une fois de plus, les médecins travaillant au Granit se démarquent. Seulement 36,4 % (4/11) souhaitent mettre le temps et l'énergie nécessaires pour utiliser un dossier clinique informatisé partageable (DCI), parallèlement à 55,6 % (5/9) à Coaticook et 72,2 % (70/97) à Sherbrooke. En ce qui concerne les préoccupations à propos du contrôle de l'information, 52,7 % (10/19) des médecins des MRC rurales sont d'accord pour retarder l'utilisation du DCI, comparativement à 24,5 % (23/94) à Sherbrooke. Les omnipraticiens des MRC rurales semblent donc plus préoccupés par la confidentialité.

TABLEAU 17 : Dossier clinique informatisé et rémunération par capitation
n : varie de 113 à 117

Énoncés Comme médecin de famille, je suis intéressé à ...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
▪ un mode de rémunération par capitation , c'est-à-dire en fonction du nombre de patients inscrits sur ma « liste » et de la lourdeur de ceux-ci.	74 (64,8) ^a	39 (35,2)
▪ mettre le temps et l'énergie nécessaires pour utiliser un dossier clinique informatisé partageable (c'est-à-dire pouvant être consulté par plusieurs intervenants)	79 (66,0)	38 (34,0)
▪ retarder l'utilisation du dossier clinique informatisé parce que j'ai des préoccupations à propos du contrôle de l'information .	33 (30,5)	80 (69,5)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

TABLEAU 18 : Utilisation de l'informatique par les médecins
n = 122

	Bureau	Maison
Courrier électronique (E-mail)	29 (23,8) ^a	88 (72,1)
Formation médicale continue	21 (17,2)	43 (35,2)
Revue de littérature	24 (19,7)	39 (32,0)
Fichier-patient informatisé	34 (27,9)	6 (4,9)
Dossier clinique informatisé	5 (4,1)	4 (3,3)
Internet	34 (27,9)	88 (72,1)
Facturation	53 (43,4)	14 (11,5)
Autres	2 (1,6)	3 (2,5)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : premier questionnaire aux médecins.

6.2.3.6 *Préoccupations et commentaires par rapport à la gestion de cas et au réseau intégré en général*

La dernière section du premier questionnaire visait l'expression libre de préoccupations ou commentaires afin de recueillir des éléments qui auraient pu être négligés, ainsi que d'identifier les principaux obstacles à une intégration adéquate des médecins au réseau intégré. Comme on pouvait s'y attendre, un peu moins de la moitié des répondants ont répondu à au moins une question ouverte sur trois.

Trois constatations peuvent être tirées à la suite de cette analyse. Premièrement, une vingtaine de médecins confirment leur crainte de voir leur tâche s'alourdir suite à l'ajout de ce nouvel intervenant. Deuxièmement, un nombre semblable de répondants suggèrent qu'une rémunération adéquate soit instaurée pour favoriser la participation des médecins au réseau. Cet incitatif avait déjà été soulevé par Shortell, afin de favoriser une meilleure participation (Shortell *et al.*, 1993). Enfin, une quinzaine de médecins soulignent la difficulté de se prononcer puisqu'ils n'ont qu'une compréhension partielle des réseaux intégrés. Ce dernier élément est d'ailleurs confirmé par les deux questions fermées suivantes, tirées de la deuxième section du questionnaire : 94 % souhaitaient avoir plus d'informations à propos de la gestion de cas et du réseau intégré pour personnes âgées et 98 % désiraient savoir précisément quels patients ils pouvaient référer en gestion de cas.

6.2.4 DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

6.2.4.1 *Connaissance et utilisation des services d'un gestionnaire de cas par les médecins*

Au moment de notre deuxième enquête, soixante-treize omnipraticiens parmi les cent quatre répondants (70 %) savaient que les gestionnaires de cas étaient à leur disposition. Parmi ceux-ci, la majorité (60,3 %) n'avait pas discuté avec ses patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas, ni n'en avait pas entendu parler par l'entremise de ses patients. Un peu plus du tiers (35,6 %) des 73 médecins au courant que les gestionnaires de cas étaient disponibles, avait référé un patient en gestion de cas et en général le nombre de références n'excédait pas deux : 65,4 % (17/26) en ont référé un ou deux seulement. Près du deux tiers des 73 médecins (60,3 %) ont été avisé qu'un gestionnaire de cas s'occupait d'un de leurs patients. Pour la majorité de ceux-ci (61,4 %, 27/44), seulement un ou deux de leurs patients en bénéficiaient. Le tableau 19 donne le détail de ces résultats.

Au sein des MRC rurales uniquement, la connaissance de la disponibilité des gestionnaires de cas est moindre. À Coaticook, 44,4 % (4/9) des médecins étaient au courant de l'existence des gestionnaires de cas et 60 % (6/10) l'étaient au Granit. Notre hypothèse suggérant que l'information circule plus rapidement entre les intervenants des MRC rurales ne s'est pas confirmée. De ceux-là, trois des quatre médecins à Coaticook et trois des six médecins au Granit ont eu des patients suivis en gestion de cas. Étant donné que seulement les médecins ayant eu des patients suivis par un gestionnaire de cas répondaient à la section du questionnaire concernant les perceptions en lien avec la gestion de cas

(section qui était présente dans le premier questionnaire), uniquement trois médecins de chacune des deux MRC rurales ont pu y répondre.

Les gestionnaires de cas ont communiqué avec les médecins principalement par téléphone (68,2 %). Les autres moyens utilisés furent les messages téléphoniques via les secrétaires (31,8 %), le fax (27,3 %), ou par écrit (18,1 %). Ces différentes méthodes ont été appréciées par les médecins. Uniquement 11,6 % des médecins ont trouvé ces méthodes partiellement appropriées. Toutefois, peu ont commenté la raison de leur mécontentement, mais il ressort que la communication par téléphone, directement au médecin, est la méthode la plus critiquée.

TABLEAU 19 : Utilisation des services d'un gestionnaire de cas par les médecins
n = 73

Énoncés	Non	Quelques fois	À plusieurs reprises
Avez-vous discuté avec certains de vos patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas?	44 (60,3) ^a	27 (37,0)	2 (2,72)
Avez-vous entendu parler des gestionnaires de cas pas l'entremise de vos patients?	55 (75,3)	18 (24,7)	0
Énoncés	Oui	Non	Combien
Avez-vous référé au moins un de vos patients à un gestionnaire de cas?	26 (35,6)	47 (64,4)	3,1±3,9 (1-20) ^b
Un gestionnaire de cas vous a-t-il avisé qu'il s'occupait d'un de vos patients?	44 (60,3)	29 (39,7)	2,8±2,5 (1-10)

^a Fréquence (pourcentage).

^b Moyenne ± écart-type (étendue).

Source : deuxième questionnaire aux médecins.

6.2.4.2 *Perceptions face à la gestion de cas en cours d'implantation*

En cours d'implantation, seulement les médecins dont certains de leurs patients avaient été suivis en gestion de cas, se sont prononcés à nouveau sur les mêmes questions qu'au premier questionnaire, concernant leurs perceptions à l'égard de la gestion de cas. L'ensemble de ces énoncés a été repris afin de suivre l'évolution des perceptions des médecins après l'entrée en fonction des gestionnaires de cas. Seulement la formulation de la question fut modifiée. Dans le premier questionnaire, les questions étaient formulées au futur, tel qu'inscrit dans les tableaux 12 et 13, mais dans le deuxième on adressait la question au passé composé : « Le travail des gestionnaires de cas a... », afin de tenir compte de leurs premières expériences avec les gestionnaires de cas.

Entre 33 et 47 médecins sur les 50 admissibles ont répondu à chacune de ces questions, pour un taux de réponse moyen de 82,4 %. La principale raison expliquant l'abstention de certains répondants est le manque de contacts avec les gestionnaires de cas, puisque certains omnipraticiens n'avaient eu qu'un seul patient suivi en gestion de cas, au moment du deuxième questionnaire. Les fréquences et pourcentages relatifs à chacune des questions sont présentés aux tableaux 20 et 21. Ces tableaux contiennent aussi les résultats des 47 médecins au premier questionnaire afin de les mettre en relation avec ceux du deuxième.

En observant l'évolution des perceptions, on remarque que les médecins sont moins favorables à la gestion de cas. La proportion de médecins en accord avec les énoncés favorables à la gestion de cas a diminué et la différence est statistiquement significative

($p < 0,01$) pour six des dix énoncés. Au premier questionnaire, plus de 50 % des répondants étaient en accord avec tous les énoncés. Au deuxième, trois énoncés en faveur de la gestion de cas ont obtenu moins de 50 % d'appui. La polarité de ces trois énoncés s'est donc inversée. Après quelques contacts avec les gestionnaires de cas, la majorité des médecins ne croient plus que les gestionnaires de cas allégeront leurs tâches bureaucratiques, éviteront des hospitalisations inutiles et leurs permettront de mieux connaître le contexte de vie de leurs patients. Les trois autres énoncés dont la différence est statistiquement significative sont les suivants : les médecins ont moins confiance en une collecte d'information plus facile lors de la prise en charge d'un nouveau patient, en la diminution de la duplication des services grâce à la gestion de cas et en un retour à domicile plus facile des patients hospitalisés.

Au niveau des énoncés défavorables à la gestion de cas, les perceptions des médecins sont restées les mêmes qu'en préimplantation. La majorité des médecins étaient toujours en désaccord avec cinq des six énoncés discréditant la gestion de cas. Seul le désir d'avoir une infirmière clinicienne au lieu d'un gestionnaire de cas continuait d'obtenir l'appui de la majorité.

**TABEAU 20 : Perceptions des médecins concernant les gestionnaires de cas
durant l'implantation, énoncés favorables**
n : varie de 33 à 46

Énoncés favorables à la gestion de cas Le travail des gestionnaires de cas ...	Totalelement ou partiellement en accord		Totalelement ou partiellement en désaccord		Valeur p ^a
	1 ^{er} Q	2 ^e Q	1 ^{er} Q	2 ^e Q	
■ a été complémentaire au mien.	43 (95,6) ^b	45 (97,8)	2 (4,4)	1 (2,2)	1,000
■ a permis aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à domicile .	38 (88,4)	27 (77,1)	5 (11,6)	8 (22,9)	0,508
■ a facilité l'accès aux services des personnes âgées.	40 (93,0)	28 (71,8)	3 (3,7)	11 (28,2)	0,031
■ a facilité mon travail .	38 (92,7)	27 (65,9)	3 (7,3)	14 (34,1)	0,012
■ a aidé à la prise de décision lors du retour à domicile de patients hospitalisés .	40 (87,0)	20 (60,6)	6 (13,0)	13 (39,4)	0,008
■ a facilité la collecte d'information lors de la prise en charge d'un nouveau patient.	44 (95,7)	20 (55,6)	2 (4,3)	16 (44,4)	0,001
■ a contribué à la diminution de la duplication des services .	38 (88,4)	26 (55,3)	5 (11,6)	16 (38,1)	0,003
■ a allégé mes tâches bureaucratiques .	31 (68,9)	19 (42,2)	14 (31,1)	26 (57,8)	0,006
■ a évité des hospitalisations inutiles .	33 (80,5)	14 (36,8)	8 (19,5)	24 (63,2)	0,001
■ m'a permis de mieux connaître le contexte de vie de mes patients.	36 (80,0)	14 (32,6)	9 (20,0) (67,4)	29	<0,0001

^a Tests statistiques de Mc Nemar.

^b Fréquence (pourcentage).

Source : deuxième questionnaire aux médecins.

TABLEAU 21 : Perceptions des médecins concernant les gestionnaires de cas durant l'implantation, énoncés défavorables
n : varie de 42 à 47

Énoncés défavorables à la gestion de cas Le travail des gestionnaires de cas ...	Totalemment ou partiellement en accord		Totalemment ou partiellement en désaccord		Valeur p ^a
	1 ^{er} Q	2 ^e Q	1 ^{er} Q	2 ^e Q	
■ aurait dû être fait par des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.	25 (58,1) ^b	23 (57,5)	18 (41,9)	17 (42,5)	1,000
■ a été une dépense supplémentaire au système de santé.	19 (44,2)	15 (31,9)	24 (55,8)	27 (64,3)	0,607
■ a été peu efficace puisque les ressources sont très limitées dans ma région.	9 (20,0)	10 (23,8)	36 (80,0)	32 (76,2)	0,727
■ a alourdi le processus de soins déjà en place.	10 (23,3) ^a	7 (15,6)	33 (76,7)	38 (84,4)	0,508
■ est venu s'immiscer dans ma relation patient-médecin .	5 (11,4)	4 (8,9)	39 (88,6)	41 (91,1)	0,625
■ a rendu ma tâche plus complexe .	9 (20,0)	3 (6,4)	36 (80,0)	44 (93,6)	0,070

^a Tests statistiques de Mc Nemar.

^b Fréquence (pourcentage).

Source : deuxième questionnaire aux médecins.

Un énoncé avait été ajouté dans ce deuxième questionnaire à la suite des commentaires des médecins recueillis durant cette période d'implantation. Il consistait à savoir si les médecins considéraient que le travail des gestionnaires de cas n'avait rien apporté de plus aux soins et services qu'ils offraient déjà à leurs patients. La majorité de ceux-ci (61,7 %) se sont prononcés en désaccord avec cet énoncé.

6.2.4.3 *Obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas*

Tous les médecins, qu'ils aient ou non eu un patient suivi en gestion de cas, ont été appelés à se prononcer sur les raisons qui pouvaient influencer une collaboration satisfaisante et utile avec les gestionnaires de cas, ou tout simplement sur les causes de la non-utilisation de ceux-ci. Les cent quatre médecins devaient donc répondre à cette section du

questionnaire. Entre 86 et 102 médecins ont répondu aux différents énoncés, pour un taux de réponse moyen de 93,8 %.

On peut relever cinq obstacles identifiés par plus de la moitié des omnipraticiens. Parmi ceux-ci, le plus important est l'oubli de faire appel à un gestionnaire de cas (69,1 %), suivi du réflexe de faire appel aux travailleurs sociaux des CLSC ou des hôpitaux (63,6 %). Un manque de connaissance du travail d'un gestionnaire de cas, ainsi que la façon de les rejoindre pour faire appel à leurs services persistent toujours. On constate aussi que les médecins ont l'habitude de faire eux-mêmes une partie du travail de coordination et de négociation des services pour leurs patients, et ne jugent pas toujours nécessaire de faire intervenir un autre intervenant pour déléguer cette tâche. Il faut toutefois souligner que 95 % des médecins ne mentionnent pas le désintéressement comme obstacle à l'utilisation d'un gestionnaire de cas. Le tableau 22 présente, en ordre décroissant, les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas.

En ce qui concerne uniquement les MRC rurales, l'importance des obstacles identifiés est sensiblement la même. Pour les deux MRC rurales, le recours aux services des travailleurs sociaux de l'hôpital ou du CLSC se retrouve en tête de liste. Au Granit, le besoin d'infirmières cliniciennes arrive au cinquième rang, tandis que à Coaticook, les cinq obstacles principaux sont les mêmes qu'à Sherbrooke.

TABLEAU 22 : Obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas (en ordre décroissant)
n : varie de 86 à 102

Énoncés Les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas sont que...	Totalement ou partiellement en accord	Totalement ou partiellement en désaccord
▪ j'oublie de m'en servir.	67 (69,1) ^a	30 (30,9)
▪ j'utilise les services de travailleurs sociaux du CLSC ou de l'hôpital au lieu de faire appel à un gestionnaire de cas.	63 (63,6)	36 (36,4)
▪ je ne sais pas comment les contacter.	60 (59,4)	41 (40,6)
▪ je m'occupe moi-même de coordonner et négocier les services de mes patients.	54 (54,5)	45 (45,5)
▪ je ne comprends pas encore clairement comment le gestionnaire de cas peut venir en aide à mon patient.	54 (54,0)	46 (46,0)
▪ je ne sais pas qui dans ma clientèle pourrait bénéficier de la gestion de cas.	41 (40,2)	61 (59,8)
▪ j'ai besoin d'infirmières cliniciennes et non de gestionnaires de cas.	34 (37,0)	58 (63,0)
▪ je ne savais pas que ce service était à ma disposition.	35 (35,0)	65 (65,0)
▪ jusqu'à maintenant, ma clientèle ne répond pas à celle qui pourrait bénéficier d'un gestionnaire de cas.	28 (28,0)	72 (72,0)
▪ je doute de l'efficacité d'un tel système.	24 (25,0)	72 (75,0)
▪ je m'en servirais si ma rémunération était ajustée en conséquence.	22 (23,4)	72 (76,6)
▪ je crains que ma charge de travail s'alourdisse.	22 (22,2)	77 (77,8)
▪ sans le dossier clinique informatisé, je ne vois pas comment ils pourraient m'être utiles.	20 (20,4)	78 (79,6)
▪ ils ne sont pas disponibles quand j'en ai besoin.	16 (18,6)	70 (81,4)
▪ je ne suis pas intéressé(e) à utiliser leurs services.	5 (5,0)	95 (95,0)

^a Fréquence (pourcentage).

Source : deuxième questionnaire aux médecins.

6.2.4.4 Commentaires concernant l'implantation du réseau intégré en Estrie et solutions pouvant améliorer la collaboration médecins-gestionnaires de cas

La dernière section du questionnaire permettait aux médecins de s'exprimer librement. Près des deux tiers des répondants (64,4 %) ont donné leur opinion à au moins une question ouverte sur trois. La première question ouverte consistait en l'identification

d'autres raisons nuisant à l'utilisation des gestionnaires de cas. L'élément le plus souvent rapporté (par une vingtaine de médecins) est le manque d'information quant à ce nouveau service : Qui sont-ils? Que font-ils exactement? Qui doit-on leur référer? Comment peut-on les rejoindre? Quelle est leur disponibilité? Les médecins soulignent un manque de visibilité, de publicité de ce nouveau service à leur intention, mais aussi auprès des patients eux-mêmes et de leurs proches. Enfin, un autre point soulevé par une dizaine de médecins est l'impression de faire inutilement intervenir un autre professionnel lorsque leurs patients sont déjà suivis par un travailleur social. Ce sentiment de duplication peut résulter d'un manque de connaissance du rôle de gestionnaire de cas par rapport à celui de travailleur social. Une dernière raison nuisant à l'utilisation des gestionnaires de cas, mentionnée par quelques médecins, est le manque de services gériatriques spécialisés offerts aux personnes âgées.

Parmi les solutions proposées, la principale, suggérée par plus du tiers des médecins consultés, consiste en l'amélioration de la connaissance de ce nouveau service par les médecins. Les médecins suggèrent : des rencontres avec les gestionnaires de cas afin de mieux les connaître, des dépliants courts et précis expliquant le rôle des gestionnaires de cas, qui leur référer et comment le faire, ainsi que des journées d'information permettant la présentation de cas concrets et la clarification des rôles de chacun. D'autres solutions proposées par quelques médecins sont : l'ajustement de la rémunération, l'ajout d'infirmières cliniciennes, l'amélioration des connaissances cliniques des gestionnaires de cas, l'assignation d'un seul gestionnaire de cas par médecin, la publication des impacts de ce nouveau service, l'accessibilité prioritaire à certaines ressources par les gestionnaires de cas et la mise en place d'outils informatiques.

Enfin, la dernière question ouverte permettait aux médecins d'inscrire leurs commentaires quant à l'implantation des réseaux intégrés en Estrie. Des points à améliorer, tels que la communication et la rémunération et d'autres à maintenir, tels que l'envoi des PSI aux médecins, ont été soulevés par quelques médecins. D'autres ont mentionné qu'il était difficile pour eux de s'exprimer au regard de ce nouveau réseau, puisqu'ils n'avaient eu aucun ou très peu de patients en gestion de cas jusqu'à maintenant.

7. DISCUSSION

Très souvent, les études évaluatives portent sur l'évaluation des impacts. Toutefois, l'absence de résultats peut parfois être due à une implantation partielle du projet. La recherche en évaluation démontre que l'implantation de nouveaux processus est toujours difficile voire perturbatrice, et procède rarement telle que planifiée (Tornatzky et Johnson, 1982). Une appréciation de la structure et du processus de l'implantation pour déterminer si les moyens prévus ont été mis en œuvre et si les activités prévues ont bien eu lieu, permet donc d'éviter de conclure qu'un programme n'entraîne pas les effets désirés, alors qu'il n'aurait pas été implanté tel que souhaité. La compréhension de la dynamique d'implantation vise aussi à expliquer pourquoi les effets varient dans les différents milieux où l'on intervient et fournit des lignes directrices quant à l'implantation de concepts similaires dans d'autres régions. Malgré l'importance de réaliser une telle évaluation, très peu d'études d'implantation portent sur les réseaux intégrés de services. Deux études réalisées au Québec, une dans les Bois-Francs, l'autre sur l'île de Montréal (le projet SIPA), sont actuellement disponibles et nous ont permis de comparer certains de nos résultats.

Les résultats rapportés dans ce mémoire concernent l'implantation de la gestion de cas et l'étude du contexte dans lequel elle s'inscrit, notamment le positionnement des médecins en lien avec ce nouveau rôle. Ces résultats ne sont qu'une contribution à une analyse d'implantation beaucoup plus complète et conduite par l'équipe de recherche PRISMA-

Etrie. L'évaluation d'implantation dans son ensemble porte sur d'autres éléments que ceux abordés dans ce mémoire, tels la concertation des décideurs et gestionnaires au niveau local et régional, le guichet unique et le système de communication informatisé interétablissements (dossier clinique informatisé). D'autres acteurs sont aussi consultés : les décideurs, les gestionnaires, les autres soignants, les personnes âgées et leur réseau. Ainsi, plusieurs niveaux d'analyse sont possibles : le niveau opérationnel ou clinique (discuté dans ce mémoire), le niveau tactique et le niveau stratégique. De plus, l'évaluation d'implantation en Etrie consiste aussi à vérifier si la zone de comparaison, située dans les régions de Québec et Chaudière-Appalaches, maintient son statut de groupe sans intervention au niveau de l'organisation de services. Enfin, l'évaluation d'implantation des réseaux intégrés se déroule sur une période de cinq ans (2000 à 2005).

La présente discussion porte d'abord sur l'interprétation et la comparaison des résultats de l'étude d'implantation avec d'autres projets, dans une perspective d'analyse transversale des cas (l'analyse interne des résultats étant présentée dans la section précédente). Cette discussion fait référence à plusieurs hypothèses énoncées dans le tableau 1 : contexte d'implantation du réseau intégré. En fait, les différentes hypothèses spécifiques, en lien avec notre hypothèse principale (plus les caractéristiques de l'organisation au niveau « macro » et « micro » seront favorables, plus l'implantation se fera telle que prévue) sont discutées. Par la suite, la discussion se penche sur l'enquête auprès des médecins. Celle-ci consiste en l'étude du positionnement des omnipraticiens des trois MRC pris dans leur ensemble et séparément. Pour terminer, les forces et les faiblesses de la méthodologie utilisée sont présentées.

7.1 Étude d'implantation auprès des gestionnaires de cas

La comparaison du programme « idéal », c'est-à-dire du programme tel qu'on l'a planifié, au programme actuel, c'est-à-dire tel qu'on l'a implanté (évaluation de l'écart) a permis d'obtenir les conclusions suivantes.

7.1.1 CLIENTÈLE

La clientèle ciblée par le projet a été rejointe, au sein des trois MRC, durant ces 14 premières semaines. L'âge moyen, supérieur à 75 ans, est comparable à celui observé dans les Bois-Francis et par les projets SIPA et PACE. Comme dans les Bois-Francis, la majorité demeure avec leur conjoint, mais ce constat diffère de celui du projet SIPA où la moitié des usagers vivaient seuls.

Le score moyen au SMAF, pour les trois MRC, se situe à 30,3. Ce score est plus élevé que celui obtenu dans les Bois-Francis, après deux ans d'implantation de la gestion de cas où il s'établissait à 25,1 (Bonin *et al.*, 2001). Il est aussi plus élevé que ce que l'étude d'Hébert *et al.* a révélé pour les personnes âgées vivant à domicile et recevant des services gouvernementaux (20,2) (Hébert *et al.*, 1997). En fait, l'autonomie fonctionnelle des aînés ayant bénéficié de la gestion de cas en Estrie, se compare davantage à celle des personnes âgées demeurant en résidence d'accueil ou en pavillon, dont les scores au SMAF sont de 32,1 et 26,7 respectivement (Hébert *et al.*, 1997). En Estrie, 76 % des usagers présentent une perte d'autonomie importante (score entre 20 et 39 : 48 %) ou grave (score de 40 ou plus : 28 %), contrairement à 58 % dans les Bois-Francis (score entre 20 et 39 : 40 % et score de 40 ou plus : 18 %) (Bonin *et al.*, 2001).

Au Granit principalement, plusieurs dossiers comportaient un score SMAF inférieur à 15. Cette constatation s'explique par le nombre important de dossiers pour lesquels un nouveau SMAF n'avait pas été refait récemment. Comme plusieurs dossiers avaient été transférés du maintien à domicile en gestion de cas, ces usagers étaient connus des gestionnaires de cas et ces dernières n'avaient pas reconduit une évaluation complète. En ce qui concerne les trois dossiers de Sherbrooke dont le SMAF est inférieur à 15, ceux-ci sont les dossiers d'usagers pour lesquels le SMAF n'avait pas été refait par la gestionnaire de cas et maintenu tel quel.

L'utilisation des services par les usagers correspond, en moyenne, au nombre requis de services (trois et plus) pour bénéficier de la gestion de cas. Le nombre moyen de services au PSI pour les trois MRC est de 3,4, comparativement à deux services ou moins pour le trois quarts des usagers dans les Bois-Francs (Bonin *et al.*, 2001). Les dossiers dont le PSI ne comportait pas trois services ou plus, sont principalement des dossiers dont le PSI avait été fait par des intervenants-pivots et maintenus tels quels. En regardant attentivement dans ces dossiers, on pouvait ressortir d'autres services dont la personne aînée bénéficiait, mais qui ne figuraient pas au PSI puisqu'ils étaient offerts depuis longtemps. Ce calcul sous-estime donc le besoin réel de services de la clientèle suivie en gestion de cas. De plus, à Coaticook, l'observation que 60 % des dossiers (3/5) ne comportaient pas trois services ou plus, peut s'expliquer par le critère de sélection voulant que l'utilisateur reçoive des services régionaux. Selon cette définition, tous les soins offerts par le CLSC et le centre de jour représentaient un service. Cette façon de penser peut donc avoir contribué à sous-estimer les services locaux dispensés. Par ailleurs, l'absence ou l'insuffisance de

certain services a contribué à réduire le nombre moyen de services au PSI. Les clients en gestion de cas présentent donc un réel besoin de coordination de services.

Les aînés n'avaient pas une compréhension claire du nouveau rôle du gestionnaire de cas. Les solutions à ce problème d'identification reposent sur la précision des mandats de chacun, l'appropriation du rôle de gestionnaire de cas par les intervenants, l'explication répétée des fonctions de gestionnaire de cas à la personne âgée, l'inscription des noms et numéros de téléphone des intervenants responsables de chaque problème au PSI (lorsque le PSI est remis à l'utilisateur) et sur l'évolution des mentalités.

Enfin, le recrutement des personnes âgées pouvant bénéficier de la gestion de cas a été insuffisant durant ces trois premiers mois. Dans chacune des MRC, les médecins ont peu contribué à cette référence. Seulement le tiers des médecins mentionnent avoir référé un de leurs patients en gestion de cas. Par ailleurs, dans le questionnaire envoyé aux omnipraticiens en préimplantation, 98 % des médecins mentionnaient qu'ils aimeraient savoir plus précisément qui ils pouvaient référer en gestion de cas. Lors du deuxième questionnaire, 40 % ont mentionné ne pas savoir qui dans leur clientèle pouvait bénéficier d'un gestionnaire de cas. La compréhension de ce concept nouveau est donc encore loin de faire l'unanimité, et des efforts de sensibilisation et d'information devront être déployés, afin d'améliorer le dépistage des aînés admissibles. Par exemple, le questionnaire de repérage, le PRISMA-7 (voir annexe B) devra être davantage accessible aux différents professionnels de la santé, ainsi qu'aux organismes communautaires. Pour les médecins, l'utilisation du SMAF demeure plus complète. Enfin, notons qu'à Sherbrooke, l'absence du guichet unique a aussi contribué au nombre limité de références en gestion de cas.

7.1.2 RESSOURCES

Si l'on augmente le repérage des personnes âgées, il faudra aussi assurer un nombre suffisant de gestionnaires de cas. Durant cette implantation initiale, le nombre de gestionnaires de cas était inférieur à celui recommandé pour chacune des MRC. Toutefois, l'affluence des nouveaux usagers étant lente durant ces trois premiers mois, le nombre restreint de gestionnaires de cas n'a pas nui à l'implantation du projet à Sherbrooke et au Granit. À Coaticook, par contre, notre hypothèse voulant que la mise en œuvre soit plus difficile si peu de ressources étaient investies, s'est confirmée. Les gestionnaires de cas, ne consacrant qu'environ 20 % de leur tâche à la gestion de cas, se sont moins appropriés leur nouveau rôle, certains n'ont même pas noté de différence dans leur tâche et peu de médecins ont réalisé que la gestion de cas était implantée. Donc, pour une mesure optimale des effets d'un tel projet, le nombre de gestionnaires de cas devra être augmenté au sein de chacune des MRC.

La fonction de gestionnaire de cas a été limitée, pour les trois MRC, par l'absence ou le manque de certains services. Par exemple, dans chacune des MRC, le répit-gardiennage fut insuffisant et en MRC rurales, le transport adapté fut aussi insuffisant ou inexistant pour certaines municipalités. Cette lacune peut avoir causé une sous-estimation du nombre de services requis par la personne âgée et inscrits au PSI.

7.1.3 ACTIVITÉS ET SERVICES

Au niveau des activités et services, le travail accompli par les gestionnaires de cas fut très satisfaisant après trois mois d'implantation. On a retrouvé un outil multiclientèle dans

85,2 % des dossiers et un SMAF dans 86,3 % des dossiers, comparativement à 45 % et 55 % respectivement dans les Bois-Francis (Bonin *et al.*, 2001). Parmi les trois MRC, Sherbrooke présente les plus hauts pourcentages (93 % et 97 % respectivement), probablement suite à leur fonctionnement différent dans l'appropriation de la clientèle. Étant une équipe nouvelle, tous les usagers ont représenté de nouveaux clients et l'approche était donc plus systématique. La même conclusion a été tirée dans les Bois-Francis, puisque les gestionnaires de cas stipulent que les évaluations avec l'outil multicientèle étaient faites de façon plus systématique dans le cas de nouveaux dossiers (Bonin *et al.*, 2001). L'utilisation de ces deux outils (outil multicientèle et SMAF) a permis d'offrir les bons services aux personnes âgées, puisque leurs besoins, leur capacité fonctionnelle, ainsi que leur réseau de soutien ont été évalués de façon exhaustive. Toutefois, il n'est pas possible de vérifier si les services rendus sans avoir utilisé l'outil multicientèle ou le SMAF ont été inadéquats.

La comparaison des différentes charges de cas n'est pas possible à ce stade-ci pour plusieurs raisons, mais principalement parce que cette évaluation d'implantation a été réalisée après seulement 14 semaines. Les charges de cas pouvant servir de comparaison ont été obtenues après plusieurs mois de fonctionnement, généralement un an. L'absence du guichet unique à Sherbrooke est aussi un élément limitant cette comparaison.

Les modes de fonctionnement ont été différents pour les deux MRC rurales. À Coaticook et au Granit, les gestionnaires de cas ont maintenu leurs fonctions reliées à leur profession d'origine, en l'occurrence d'intervenant social. Il semble positif de maintenir ce rôle auprès des clients en gestion de cas, comme l'ont réalisé les gestionnaires de cas du Granit

et comme le mentionne Eggert *et al.* (Eggert *et al.*, 1991). Toutefois, à Coaticook, le maintien d'une importante clientèle parallèle à celle de la gestion de cas a nui à l'appropriation de ce nouveau rôle par les gestionnaires de cas. Cela a aussi contribué à une faible proportion d'utilisateurs en gestion de cas pour chacun des gestionnaires de cas.

En ce qui concerne les différentes tâches du gestionnaire de cas, des interventions d'évaluation ont été présentes dans la majorité des dossiers à Sherbrooke, mais dans une proportion moindre au Granit et à Coaticook. Cette disparité s'explique par le fait que les utilisateurs en gestion de cas de ces deux MRC rurales provenaient majoritairement de la charge de cas déjà existante des intervenants. Comme ces patients étaient déjà connus, la majorité des évaluations n'ont pas été reconduites. Il aurait été toutefois intéressant de noter la date de la dernière révision de l'évaluation biopsychosociale de l'utilisateur. Dans la perspective de vouloir éviter le dédoublement des évaluations, il est justifié de ne pas recommencer une évaluation inutilement, mais il convient, par ailleurs, de s'assurer que la condition de l'utilisateur ne s'est pas détériorée depuis la dernière évaluation. Ce sont donc des interventions de suivi ou de réévaluations qui ont été codifiées pour la majorité des dossiers.

Des activités de coordination et de planification des services sont présentes dans une très grande proportion de dossiers pour les trois MRC (69,4 %). La proportion était sensiblement la même dans les Bois-Francs, puisque ce type d'activités figurait dans deux dossiers sur trois. Un PSI a été noté au dossier de 69,8 % des utilisateurs des trois MRC, comparativement à seulement 25,0 % dans la région des Bois-Francs (Bonin *et al.*, 2001). L'importance accordée à celui-ci par les coordonnateurs du projet de chaque MRC

(supérieurs immédiats) et lors de la formation des gestionnaires de cas, ainsi que la familiarité des intervenants avec cet outil, utilisé auparavant en tant que plan d'intervention (PI), peuvent expliquer la meilleure utilisation du PSI en Estrie. Dans ce dernier cas aussi, Sherbrooke se démarque également des deux autres MRC avec 81,0 % des dossiers comportant un PSI. L'approche plus systématique de nouveaux cas uniquement peut expliquer en partie cette différence.

Des interventions de nature psychosociale sont aussi présentes dans un dossier sur deux à Coaticook et au Granit, comparativement à un sur cinq dans les Bois-Francs. Comme les gestionnaires de cas des MRC rurales ont maintenu leurs fonctions de travailleur social, ce résultat était prévisible, bien que beaucoup plus élevé que dans les Bois-Francs. Contrairement à d'autres régions, par exemple Montréal (SIPA et guichet unique de Montréal-Centre), où un tel partage des rôles a semblé problématique, les gestionnaires de cas de nos deux MRC rurales ont déclaré que ce double rôle n'était aucunement conflictuel et au contraire nécessaire à une gestion de cas efficace.

Un autre point à soulever est le délai de réponse qui fut calculé à Sherbrooke et au Granit. En moyenne, huit jours s'écoulaient entre la référence en gestion de cas et la première visite du gestionnaire de cas. Dans les Bois-Francs, le quart des dossiers bénéficiait d'une réponse le même jour et les autres en dedans de trois jours. Toutefois, leur réponse consistait peut-être en un appel téléphonique uniquement. En ce qui nous concerne, il serait souhaitable que les usagers soient rencontrés en personne plus rapidement. Par ailleurs, il serait aussi primordial d'instruire tous les intervenants par rapport au mandat du

gestionnaire de cas, puisque pour qu'il puisse agir en amont des problèmes, il doit être mis au courant de l'évolution de ses clients par les autres intervenants.

Enfin, la motivation intrinsèque des gestionnaires de cas a facilité l'implantation de la gestion de cas. Plus les gestionnaires d'une MRC ont intégré ce nouveau rôle et l'ont perçu comme une opportunité professionnelle, plus l'implantation s'est déroulée telle que prévue au sein de la MRC.

7.1.4 *DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE POUR CHAQUE MRC*

La MRC du Granit a obtenu le pourcentage de mise en œuvre le plus élevé (70,1 %). Les caractéristiques de l'organisation au niveau « macro » ont eu une influence importante sur la mise en œuvre. C'est au Granit que le nombre de gestionnaires de cas engagés a été le plus près de celui prévu. Deux intervenantes sont devenues gestionnaires de cas à plein temps pour une MRC où le nombre requis était de 3,5 équivalents temps plein. Le maintien de l'intervention sociale auprès de la clientèle en gestion de cas (modèle semi-hybride) a été jugé complémentaire et enrichissant.

Les autres éléments de contexte, propres à cette MRC, qui ont facilité la mise en œuvre sont les suivants. Plusieurs clients en gestion de cas étaient déjà connus des gestionnaires de cas, ce qui a permis une prise en charge d'un plus grand nombre d'utilisateurs (charge de cas de 28). Bien que le territoire à couvrir soit important, la disponibilité de téléavertisseurs et téléphones cellulaires a rendu les gestionnaires de cas accessibles aux autres intervenants en tout temps. De plus, la fusion des établissements a permis la consul-

tation d'un seul dossier et une communication plus rapide avec la majorité des autres professionnels. Le positionnement de leur bureau au cœur même de cet établissement unifié (centre hospitalier, CLSC, CHSLD) a amélioré leur visibilité.

Par contre, l'implantation a été limitée par certaines caractéristiques de l'organisation. Au niveau « macro », c'est la MRC dont l'alliance avec les médecins a été la plus difficile. La perception de la gestion de cas a été moins favorable, ainsi que le désir de collaborer (64 % des médecins souhaitant utiliser les services d'un gestionnaire de cas, contre 87 % à Sherbrooke et 100 % à Coaticook). Les gestionnaires de cas ont mentionné avoir de la difficulté à entrer en contact avec les médecins et à obtenir leur collaboration. Notre hypothèse suggérant que les relations professionnelles avec les autres intervenants soient plus appréciables au sein des milieux ruraux, puisque les échanges entre les différents partenaires sont déjà plus fréquents, ne s'est pas confirmée au Granit en ce qui concerne les médecins. Les gestionnaires de cas ont suggéré leur jeune âge comme explication possible à cette faible collaboration. Par ailleurs, une régression logistique a permis d'identifier que le type de pratique solo était associé à un intérêt moindre à utiliser les services d'un gestionnaire de cas. Au Granit, 91 % des omnipraticiens pratiquent en solo. Les médecins en pratique solo ont probablement déjà l'habitude de faire une partie de la coordination des services de leurs personnes âgées.

L'hypothèse selon laquelle la fonction de gestionnaire de cas serait perçue davantage comme un travail distinct si une nouvelle équipe était mise en place, s'est révélée partiellement vraie. Ce n'est pas auprès des autres professionnels que l'hypothèse s'est confirmée, mais plutôt auprès des gestionnaires de cas. En fait, lorsqu'un gestionnaire de

cas transférait un usager de sa charge de cas de travailleur social à celle de gestion de cas, la rédaction des PSI et de l'outil multiclientèle, incluant le SMAF, était moins systématique. Au Granit, ce fut le cas pour de nombreux dossiers.

Un autre élément de contexte qui a entravé l'implantation découle de l'implication tardive des gestionnaires de cas lorsqu'un usager était pris en charge au niveau régional. Dans ces cas-là, très souvent les gestionnaires de cas étaient informés tardivement et l'information reçue était souvent parcellaire. Enfin, les personnes âgées au Granit n'avaient pas réalisé le nouveau mandat du gestionnaire de cas, puisqu'elles le connaissaient déjà comme travailleur social. Au niveau « micro », les gestionnaires de cas ne s'étaient pas encore pleinement appropriés leur nouveau rôle, puisqu'elles avaient déjà, en tant que travailleuses sociales, un mandat de coordination de services.

Pour conclure, l'implantation des trois composantes (gestion de cas, PSI, outil unique d'évaluation) au Granit est très adéquate après seulement 14 semaines, mais une meilleure appropriation du nouveau rôle de gestionnaire de cas, ainsi qu'une rédaction plus systématique des PSI et outils multiclientèles viendront parfaire l'implantation.

La MRC de Sherbrooke a eu un pourcentage d'implantation de 67,3 %. Cette MRC s'est démarquée par les plus hauts taux en ce qui concerne la présence des outils multiclientèles, des SMAF et des PSI aux dossiers. Cette meilleure atteinte des objectifs s'explique en partie par certaines caractéristiques de l'organisation au niveau « micro ». En fait, les gestionnaires de cas de Sherbrooke se sont appropriés rapidement ce nouveau rôle et étaient totalement en accord avec les objectifs poursuivis par l'intervention, ainsi

que ses composantes. Elles ont identifié la définition même de leur mandat comme étant un élément qui a facilité l'implantation. De plus, leur formation initiale plus complète, les rencontres d'équipe hebdomadaires, la diversité des formations de base (infirmière, travailleuse sociale et psychologue) et le fait qu'elles forment une nouvelle équipe de gestionnaires de cas qui s'approprie uniquement de nouveaux dossiers (permettant une prise en charge plus systématique) sont d'autres éléments du contexte qui ont facilité la mise en œuvre des trois composantes. Toutefois, certains éléments au niveau « micro » ont nui à l'implantation. Notons, entre autres, la difficulté pour elles de déterminer les limites de leur mandat par rapport à celui des intervenants-pivots du CLSC et des travailleurs sociaux de l'hôpital.

Au niveau des caractéristiques organisationnelles dites « macro », l'alliance avec les médecins a aussi limité l'implantation. Par contre, l'envoi de lettres aux médecins par la gestionnaire de cas, lorsqu'un de leurs patients était suivi en gestion de cas, a augmenté la compréhension de ce nouveau rôle, ainsi que la visibilité des gestionnaires. L'accessibilité aux gestionnaires de cas a aussi été compromise par l'absence du guichet unique. Le lieu de travail des gestionnaires de cas a représenté un obstacle à la mise en œuvre, puisqu'il nuisait à la concentration et à la confidentialité. De plus, il a restreint la visibilité des gestionnaires de cas. Enfin, le recoupement de leur rôle avec celui des travailleurs sociaux a nui à l'acceptation, à la reconnaissance et à la collaboration de ces derniers.

C'est à Coaticook, que le degré de mise en œuvre a été le plus faible. Le peu de temps alloué à la gestion de cas est responsable en grande partie de cette implantation partielle (49,3 %). Un total de 0,5 temps plein a été consacré à la gestion de cas par l'ensemble des

trois gestionnaires de cas pour un besoin de 2,5 équivalents temps plein. Cette faible proportion de la tâche de chacun des trois gestionnaires de cas dédiée à la gestion de cas explique en grande partie leur charge de cas qui s'est limitée à trois usagers, malgré une demande de prise en charge plus élevée. Par conséquent, ils se sont peu appropriés leur nouveau rôle de gestionnaire de cas.

Comme peu d'aînés ont bénéficié de la gestion de cas, peu de médecins ont été en contact avec les gestionnaires de cas. Bien que la collaboration était établie depuis longtemps entre plusieurs intervenants sociaux et médecins à Coaticook, la faible implication des médecins est en partie tributaire du peu de temps consacré à la gestion de cas. En ce sens, le modèle hybride, tel que suggéré dans les hypothèses, a nui à l'implantation du modèle. Enfin, tout comme au Granit, la prise en charge d'usagers déjà connus a contribué à la rédaction moins systématique des PSI, ainsi qu'à la faible reconnaissance par les personnes âgées, et même par certains travailleurs sociaux devenus gestionnaires de cas, du nouveau rôle de gestionnaire de cas. Les gestionnaires de cas ont considéré leurs nouvelles fonctions comme étant une tâche surajoutée à leur travail antérieur.

En ce qui concerne les caractéristiques de l'organisation qui ont facilité l'implantation, on note, au niveau « macro » la petite taille de la MRC qui a permis d'entrer rapidement en contact avec les différents partenaires, déjà familiers avec les gestionnaires de cas. De plus, le positionnement des bureaux au CLSC a augmenté leur visibilité. Au niveau « micro », la fusion des établissements a permis l'accès à un seul dossier par usager, pour l'ensemble des soins reçus à l'intérieur de la MRC. L'implantation des trois composantes

a donc été principalement limitée à Coaticook par le peu de temps alloué à la gestion de cas.

Plusieurs caractéristiques organisationnelles ont été les mêmes pour chacune des MRC. Parmi les plus importantes qui ont facilité l'implantation, on retrouve, au niveau « micro » : les habiletés des gestionnaires de cas à effectuer leur travail (formation de base, qualités requises); la satisfaction dans leur travail (niveau d'accord avec les objectifs poursuivis par l'intervention et ses composantes, impression de contrôle sur son travail); la collaboration entre gestionnaires de cas et avec le coordonnateur (supérieur immédiat); l'utilisation simple et pertinente de la majorité des outils et un accès adéquat aux autres professionnels et à divers documents pour fins de consultation.

Les éléments du contexte au niveau « macro » qui ont permis une mise en œuvre la plus conforme possible avec ce qui était planifié sont : la reconnaissance par les médecins des trois MRC de la nécessité de faire partie d'un réseau intégré; la perception favorable de la gestion de cas par la majorité des médecins de chaque MRC, telle que rapportée dans les deux enquêtes postales et telle que perçue par les gestionnaires de cas; l'acceptation et la reconnaissance de la gestion de cas par l'ensemble des professionnels et la collaboration de la majorité des intervenants.

Les composantes ayant nui à la mise en œuvre au sein des trois MRC sont, au niveau « micro » : l'absence du DCI qui a entraîné une lenteur dans l'échange de l'information et qui a exigé de multiples déplacements à Sherbrooke afin de consulter les différents dossiers et la maîtrise incomplète du PSI. Au niveau « macro » on relève : la compré-

hension partielle du mandat du gestionnaire de cas par les médecins avant l'implantation et durant celle-ci; le degré de connaissance insuffisant de la disponibilité d'un tel service après six mois d'implantation (davantage présent en MRC rurales) et l'accessibilité limitée à la gestion de cas. Par ailleurs, l'impression par plusieurs gestionnaires de cas que leur mandat n'était pas clair pour la majorité des autres intervenants (infirmières, ergothérapeutes...) et pour plusieurs aînés a aussi entravé l'implantation. Enfin, l'absence ou le manque de certains services pour personnes âgées a contribué à une gestion de cas moins efficace.

Le tableau 23 représente un résumé de l'influence des éléments contextuels, tel que discuté et présenté dans les résultats. Les éléments qui ont facilité l'implantation sont identifiés par des « + » et ceux qui l'ont entravée par des « - ».

TABEAU 23 : Synthèse de l'influence des caractéristiques identifiées en préimplantation (contexte) sur la mise en oeuvre

	Granit	Sherbrooke	Coaticook
<i>Caractéristiques organisationnelles « Macro »</i>			
■ Alliance avec les médecins			
• Connaissance et accessibilité	++	+++	+
• Perceptions et opinions (de part et d'autre)	+	++	++
• Compréhension de leur rôle et de celui des gestionnaires de cas	-	-	-
■ Relations appréciables avec les autres intervenants			
• Facilité à entrer en contact	+ (- p/r MD ¹)	+	+
• Fréquence des échanges (collaboration)	+ (- p/r MD)	+ (- p/r TS ²)	+
■ Ressources disponibles			
• Nombre de gestionnaires de cas	+++	+	-
• Modèle hybride, semi-hybride ou pur	+ (semi-hybride)	+ (pur)	- (hybride)
• Bureaux	+	-	+
• Autres ressources	cellulaires		
■ Tâches du gestionnaire de cas perçues comme étant compatibles avec le travail des autres intervenants	+	+ (sauf avec TS)	+
■ Tâches du gestionnaire de cas perçues comme une fonction distincte de celle des autres intervenants	+	+ (sauf avec TS)	+
<i>Caractéristiques organisationnelles « Micro »</i>			
■ Habiletés à effectuer le travail			
• Formation de base	+	+	+
• Formation reçue à l'embauche	-	+	-
• Habiletés	+	+	+
• Compréhension claire du rôle	+	+	-
• Appropriation du rôle	-	++	-
■ Satisfaction dans le travail			
• Niveau d'accord avec les objectifs et composantes de l'intervention	+	++	+
• Contrôle, charge de travail	+	+	+
■ Collaboration entre gestionnaires de cas	+	++	+
■ Collaboration entre gestionnaires de cas et coordonnateur	+	+	+
■ Outils faciles d'utilisation, utiles et pertinents	+	+	+

¹ - p/r MD : moins par rapport aux médecins.

² - p/r TS : moins par rapport aux travailleurs sociaux.

Source : SIC, questionnaire aux gestionnaires de cas, « focus groups » avec les gestionnaires de cas, questionnaires aux médecins.

7.1.5 *QUOI MAINTENIR ET QUOI AMÉLIORER EN GESTION DE CAS*

L'identification des composantes de l'organisation gage d'une plus forte probabilité de succès dans l'implantation des réseaux intégrés est pertinente afin de faciliter d'autres implantations futures. De plus, l'implication des gestionnaires de cas dans l'identification des aspects à modifier au sein de leur milieu, afin de permettre un travail plus efficace et satisfaisant, représente un élément clé dans l'implantation d'un réseau (Scheirer, 1981). À la suite des « focus groups » et des réponses aux questionnaires écrits, les conclusions suivantes peuvent être tirées quant aux facteurs de succès à retenir et aux aspects à modifier en Estrie.

Les composantes de l'organisation, tant au niveau micro que macro, qui favorisent l'implantation d'une gestion de cas efficace sont les suivantes. Des gestionnaires de cas possédant des habiletés d'analyse, d'interaction, et de négociation; une formation sur la gestion de cas appropriée; un coordonnateur de projet motivé, près de son équipe, qui achemine les requêtes des gestionnaires de cas à des niveaux décisionnels supérieurs; une équipe de gestionnaires de cas qui échangent périodiquement sur les différents problèmes rencontrés; des gestionnaires de cas qui sont en accord avec les différentes composantes de l'intervention et qui se les approprient; une maîtrise suffisante des outils, dont le PSI; un nombre suffisant de services diversifiés mis à la disposition des personnes âgées; une facilité à entrer en contact avec les intervenants des différents établissements, principalement pour les gestionnaires de cas des MRC rurales, pour lesquels l'accès direct est limité; une acceptation et une reconnaissance du rôle de gestionnaire de cas par tout le réseau, facilité par une définition précise des mandats de chacun; une participation active

des intervenants et de leurs superviseurs au processus de la recherche; une connaissance par les médecins de l'existence d'un réseau intégré, une compréhension claire du rôle de gestionnaires de cas ainsi qu'un accès facile à ces derniers.

Parmi les principaux aspects à modifier en Estrie, on note les interrelations entre gestionnaires de cas et médecins ou travailleurs sociaux. Premièrement, un manque d'implication de la part des médecins, pouvant s'expliquer, en partie, par une connaissance limitée de la gestion de cas, a été relevé. Il semble difficile de modifier les façons de faire de la population médicale, puisque le même problème s'est présenté dans les Bois-Francs et dans le cadre du projet de démonstration SIPA. Dans le cas des trois MRC, le manque de temps et d'information, le manque d'intérêt pour le maintien à domicile, une rémunération non ajustée, ainsi qu'une intégration insuffisante des médecins au projet peuvent avoir contribué à cette faible participation.

Un contexte relationnel difficile avec les travailleurs sociaux de Sherbrooke, dû à un recoupement des tâches, est aussi au nombre des difficultés rencontrées lors de l'implantation du réseau. Notre hypothèse concernant une reconnaissance plus adéquate du nouveau rôle de gestionnaire de cas par les autres professionnels, lorsqu'une nouvelle équipe de gestionnaires de cas est mise en place, comme ce fut le cas à Sherbrooke, ne s'est pas confirmée. Le manque de connaissances de ce qu'est la gestion de cas, pour l'ensemble des MRC, a nui à l'identification d'une fonction distincte attribuée à ces nouveaux gestionnaires de cas, peu importe qu'une nouvelle équipe ait été créée ou qu'ils proviennent d'une équipe déjà existante. L'approfondissement du rôle de gestionnaire de cas est donc un aspect à améliorer.

Les autres éléments à modifier afin de permettre une gestion de cas plus efficace, sont l'amélioration de l'offre de services aux personnes âgées (en nombre et en variété); un lieu de travail permettant concentration et confidentialité pour tous les gestionnaires de cas; un guichet commun au sein de chaque MRC; un travail de gestion de cas à plein temps avec ou sans interventions psychosociales, mais si présentes, effectuées exclusivement auprès de la clientèle en gestion de cas; et probablement un dossier clinique informatisé afin de faciliter le partage de l'information et l'accessibilité à celle-ci.

Parmi les facteurs soupçonnés de nuire à l'implantation du réseau intégré, mais qui se sont avérés non significatifs, on retrouve : la double fonction de gestionnaire de cas et travailleur social, laquelle fut même recommandée par les gestionnaires de cas et le manque d'expérience en soins aux personnes âgées, puisqu'il semble que les habiletés personnelles et la connaissance du fonctionnement du réseau soient davantage des atouts nécessaires.

Certaines de nos hypothèses ont été difficilement vérifiables suite à un manque de variabilité dans l'implantation de certaines variables indépendantes. Par exemple, l'hypothèse voulant que l'implantation soit favorisée si chaque personne âgée bénéficiait d'un médecin de famille, n'a pu être confirmée, puisque la presque totalité des usagers avaient un médecin de famille. Un autre exemple, voulant que la satisfaction au travail soit associée à une implantation plus optimale, fut difficilement vérifiable car tous les gestionnaires de cas ont mentionné être très ou assez satisfaits de leurs conditions de travail.

7.2 Enquête auprès des médecins

7.2.1 TAUX DE PARTICIPATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS POUR L'ENSEMBLE DES MÉDECINS DE FAMILLE

L'enquête auprès des médecins a rejoint 60,2 % des omnipraticiens ciblés lors du premier questionnaire et 86,0 % de ceux-là ont répondu au second questionnaire. Ces taux de réponse sont élevés si on les compare aux taux rapportés dans la littérature portant sur les populations médicales. Comme exemples, mentionnons le taux de réponse obtenu par la firme SECOR, en 2000 qui fut de 48,0 % (Rodrigue *et al.*, 2000). En 1997, lors d'une enquête portant sur les pratiques relatives à la vaccination contre l'influenza, étudiées sur un échantillon d'omnipraticiens québécois, le taux de réponse obtenu fut de 55,0 % (Baron, 2000). Une loterie avait même été ajoutée pour augmenter le taux de réponse. En 1997, une étude américaine a examiné les taux de réponse de 321 enquêtes effectuées à l'aide de questionnaires postaux et publiés dans des revues médicales. Le taux de réponse moyen auprès des médecins fut de 54,0 % comparativement à 68,0 % chez les populations non médicales (Asch *et al.*, 1997). Plus récemment, le Collège des médecins de famille du Canada a effectué un sondage national dans le but de répondre aux nombreuses questions fondamentales concernant la médecine familiale. Son taux de réponse global fut de 51,2 % et de 47,8 % pour le Québec (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2001). Notre taux de participation est donc au-dessus des taux attendus pour cette population. La consultation de médecins uniquement de l'Estrie, donc concernés directement par le projet et l'application des techniques suggérées par Dillman, peuvent expliquer ce haut taux de réponse (Dillman, 2000).

Les raisons de non-participation des médecins n'ont pas été documentées. Si la majorité des non-répondants ont une opinion défavorable de la gestion de cas et des réseaux intégrés ou sont davantage résistants au changement, nous avons peut-être surestimé la proportion d'omnipraticiens en faveur des réseaux intégrés pour personnes âgées et de la gestion de cas. De plus, le fait de répondre au questionnaire constitue peut-être une auto-sélection des médecins qui connaissent déjà un peu le sujet.

Le positionnement des médecins en préimplantation du réseau fut étonnamment très favorable à son implantation et à la gestion de cas. En 1999, lors de l'enquête menée par SECOR, 72 % des médecins répondants croyaient que les omnipraticiens devraient, de plus en plus, faire partie d'un réseau intégré de services (Rodrigue *et al.*, 2000). Lors de notre enquête, 98 % des répondants étaient de cet avis. La notion de réseau intégré a donc évolué et semble devenue maintenant une nécessité. Toutefois, elle demeure imprécise et les médecins se sentent à l'écart des discussions et décisions à ce sujet. Ils sont intéressés à utiliser les services d'un gestionnaire de cas (86 %), sont confiants que ce dernier leur viendra en aide et améliorera les soins aux personnes âgées, mais souhaitent en savoir davantage sur le rôle du gestionnaire de cas (94 %) et sur la clientèle ciblée par ce nouveau projet (98 %). Ce manque de familiarité avec les tâches du gestionnaire de cas, ainsi que l'impression d'être mis à l'écart des discussions et décisions, sont deux raisons expliquant la réticence des médecins face aux gestionnaires de cas (Feltz *et al.*, 1994; Netting et Williams, 1996; White *et al.*, 1994). Il est étonnant de réaliser que les médecins ont été mis à l'écart des discussions et décisions en lien avec les réseaux intégrés, puisqu'ils manifestaient un intérêt marqué. Les responsables de l'implantation n'avaient probablement pas perçu cet engouement.

Contrairement à ce qui était soulevé dans les références à ce sujet, les médecins en Estrie ne semblent pas craindre l'intrusion d'un autre professionnel au sein de leur relation patient-médecin, puisque 97 % trouvent le rôle du gestionnaire de cas complémentaire et 84 % ne considèrent pas que ce dernier puisse s'immiscer dans leur relation patient-médecin. Ils croient à 96 % que les gestionnaires de cas faciliteront la collecte d'information lors de la prise en charge d'un nouveau patient. Leurs principales craintes sont : l'alourdissement de leurs tâches bureaucratiques et que l'arrivée des gestionnaires de cas soient une dépense supplémentaire au système de santé. Ces deux dernières impressions ont persisté malheureusement durant les premiers mois d'implantation.

Les médecins souhaitent que le gestionnaire de cas collabore avec tous les omnipraticiens et non seulement avec un groupe de médecins spécifiquement identifié aux soins aux personnes âgées. Plusieurs veulent donc avoir accès aux services d'un gestionnaire de cas pour les appuyer dans le suivi de leurs personnes âgées avec des incapacités. Il n'y a donc pas un désintéressement par les médecins pour le suivi d'une telle clientèle.

En ce qui concerne l'informatisation de la pratique, les médecins semblent favorables à l'utilisation d'un dossier clinique informatisé et intéressés à prendre le temps de s'y consacrer. Près de 75 % des médecins utilisent déjà l'ordinateur à la maison, comparativement à un peu plus de 50 % des médecins qui ont répondu à l'enquête menée par la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) en 1999 (Rodrigue *et al.*, 2000). Par contre, moins de 5 % ont accès à un dossier clinique informatisé, parallèlement à 15 % des médecins de l'enquête SECOR. Cet écart peut s'expliquer en partie par une interprétation différente de ce qu'est le dossier clinique informatisé, puisque c'est un

concept assez récent. En ce qui concerne le contrôle de l'information, l'opinion des médecins est sensiblement la même qu'en 1999, c'est-à-dire que près des trois quarts des médecins ne souhaitent pas retarder l'utilisation du dossier clinique informatisé suite à des préoccupations en lien avec le contrôle de l'information.

Lors du 2^e questionnaire, l'opinion des médecins est devenue moins positive face à la gestion de cas, après qu'un ou quelques uns de leurs patients aient été suivis par un gestionnaire de cas. Au premier questionnaire, les médecins étaient majoritairement favorables en tous points à la gestion de cas, sauf en ce qui concerne leur préférence à collaborer avec des infirmières cliniciennes plutôt qu'avec des gestionnaires de cas. Au deuxième questionnaire, les médecins croyaient encore à 95,7 % que les gestionnaires de cas avaient un rôle complémentaire au leur, mais ils ont moins confiance en eux. Par exemple, plusieurs (47,2 %) n'ont pas trouvé que le travail de gestionnaire de cas avait facilité la collecte d'information lors de la prise en charge d'un nouveau patient, point sur lequel les médecins avaient mis beaucoup d'espoir en préimplantation. Toutefois, comme le mentionne Walston, l'implantation de changements majeurs est invariablement accompagnée d'attentes excessivement optimistes (Walston *et al.*, 1996).

Les autres énoncés pour lesquels la proportion des médecins avec une opinion favorable a changé de façon statistiquement significative (tableaux 20 et 21) sont les suivants : une meilleure connaissance du contexte de vie des patients, moins d'hospitalisations inutiles, une diminution de la duplication des services, l'allègement de leurs tâches bureaucratiques et un retour à domicile des patients hospitalisés facilité par le gestionnaire de cas. Ces résultats illustrent probablement un manque de contacts avec les gestionnaires de cas, une

compréhension encore inadéquate de leur rôle et une inadéquation entre leurs besoins et le travail des gestionnaires de cas. De plus, la majorité des médecins démontrent une préférence envers l'alliance avec des infirmières cliniciennes plutôt qu'avec des gestionnaires de cas ou du moins la présence des deux. Cette conviction que les infirmières cliniciennes répondent davantage à leurs besoins que les gestionnaires de cas, était présente en préimplantation du réseau et s'est maintenue durant les premiers mois d'implantation.

Après 25 semaines d'implantation de la gestion de cas, 29,8 % des médecins ne savaient pas qu'ils pouvaient utiliser les services d'un gestionnaires de cas. Par ailleurs, 64,4 % des omnipraticiens n'ont référé aucun de leurs patients en gestion de cas durant ces six premiers mois, bien qu'ils étaient au courant de la disponibilité d'un tel service. Comme mentionné par White *et al.*, 1994 et Millette *et al.*, 1996, encore beaucoup de médecins ne font pas appel aux gestionnaires de cas, car ils coordonnent eux-mêmes les soins et services de leurs patients (White *et al.*, 1994 ; Millette *et al.*, 1996). La collaboration avec les médecins reste donc à parfaire. Par ailleurs, les opportunités de collaboration seront plus fréquentes lorsqu'il y aura davantage de personnes âgées suivies par un gestionnaire de cas.

Pour favoriser l'implication des médecins au sein d'un réseau intégré qui s'implante, il importe de les impliquer précocement dans les décisions afin qu'ils soient convaincus que ce nouveau service répond à leurs besoins (Scheirer, 1981). Toutefois, l'élément déterminant de leur participation semble être la diffusion de l'information nécessaire à leur compréhension. Le terme réseau intégré et les concepts qui le définissent sont loin d'être connus par la majorité des médecins. De plus, les médecins doivent savoir à quel moment

les nouveaux services du réseau intégré seront disponibles et quel est le mode d'accès à ceux-ci. En Estrie, une des principales raisons de non-utilisation de la gestion de cas fut que les omnipraticiens ne savaient pas qu'un tel service existait ou ne savait pas comment rejoindre un gestionnaire de cas. Aussi, si on avait précisé davantage qui pouvait bénéficier de la gestion de cas, cela en aurait aidé plusieurs dans le dépistage de ces aînés. Enfin, avant que l'utilisation d'un nouveau service soit intégrée dans la pratique des médecins, il est important de répéter souvent à ces derniers l'existence de ce service, sa pertinence ainsi que ce qu'il ajoute aux services déjà en place. Selon notre enquête, près de trois médecins sur quatre ont mentionné ne pas avoir eu recours aux gestionnaires de cas par oubli de la disponibilité d'un tel service ou parce qu'ils continuaient d'utiliser les services d'un travailleur social du CLSC ou de l'hôpital.

7.2.2 COMPARAISONS ENTRE LES TROIS MRC

Jusqu'à maintenant la discussion a porté sur l'ensemble des résultats. Toutefois, bien que moins importants en nombre, les médecins de Coaticook ont tous répondu au premier questionnaire et seulement un n'a pas répondu au deuxième. Au Granit, onze des vingt médecins ont participé à l'enquête en préimplantation, et là aussi, un seul de ceux-là n'a pas retourné le deuxième questionnaire. L'opinion des médecins en MRC rurales peut donc être soulignée.

En préimplantation, les médecins des MRC rurales se sont dits mieux informés au sujet des réseaux intégrés. Le souhait d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas était à Coaticook de 100,0 %, à Sherbrooke de 87,0 %, mais de 63,6 % au Granit. Les omni-

praticiens du Granit se sont montrés plus opposés à la venue des gestionnaires de cas. Contrairement aux deux autres territoires, ils considéraient que les gestionnaires de cas complexifieraient leurs tâches (72,7 %), seraient une dépense supplémentaire au système de santé (72,7 %) et alourdiraient le processus de soins déjà en place (63,6 %). Ils étaient d'accord à 75,0 % avec les énoncés favorables à la gestion de cas, comparativement à 90,0 % pour les deux autres MRC. Ils ont aussi manifesté un intérêt moindre à mettre du temps et de l'énergie pour utiliser éventuellement un dossier clinique informatisé.

Les omnipraticiens du Granit se distinguent des deux autres MRC par une caractéristique sociodémographique : le type de pratique. Au Granit, 90,9 % des médecins travaillent en solo, comparativement à 11,8 % à Sherbrooke et aucun à Coaticook. Au moyen de la régression logistique, nous avons pu estimer l'effet du type de pratique (solo ou de groupe) sur le désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas. Cette variable (le type de pratique), ainsi que le pourcentage de personnes âgées dans la clientèle du médecin, se sont révélées associées au désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas ($p=0,0005$ et $0,0095$ respectivement). Toutefois, étant donné que le pourcentage de personnes âgées est sensiblement le même entre les médecins du Granit ($47,27 \pm 24,4$) et l'ensemble des médecins consultés ($42,2 \pm 25,4$), seul le type de pratique pouvait expliquer, en partie, l'intérêt plus mitigé des omnipraticiens de cette MRC à collaborer avec les gestionnaires de cas. Le rapport de cotes obtenu fut le suivant : 8,23 (2,50 à 27,11). Cela nous indique que les médecins pratiquant en groupe sont huit fois plus intéressés à utiliser les services d'un gestionnaire de cas que ceux travaillant en solo. Comme moins de 10,0 % des médecins de famille du Granit pratiquent en groupe, cette caractéristique qui les diffé-

rence des deux autres MRC peut donc être une des raisons expliquant pourquoi les médecins de cette MRC sont moins intéressés à collaborer avec les gestionnaires de cas.

Quelques mois plus tard, durant l'implantation, les omnipraticiens de Coaticook et du Granit ont été moins nombreux à savoir que les gestionnaires de cas étaient disponibles. À Sherbrooke, après six mois d'implantation, 70,0 % des médecins savaient que les gestionnaires de cas étaient disponibles, comparativement à 44,4 % à Coaticook et 60,0 % au Granit. De plus, près de 60,0 % des médecins de Sherbrooke ont eu au moins un patient suivi en gestion de cas, parallèlement à un sur trois pour les deux autres MRC. Bien qu'encore incomplète, la diffusion du nouveau rôle de gestionnaire de cas semble avoir été plus répandue à Sherbrooke, d'autant plus que l'absence du guichet unique et le positionnement des bureaux des gestionnaires de cas rendaient l'accessibilité à ces derniers encore plus difficile. L'envoi d'une lettre et du PSI, par les gestionnaires de cas, aux médecins dont un de leurs patients était suivi en gestion de cas et les efforts de promotion de la gestion de cas par leur coordonnateur (supérieur immédiat), sont sûrement parmi les raisons qui expliquent cette différence.

De plus, le peu de contacts entre médecins et gestionnaires de cas à Coaticook peut s'expliquer par le faible nombre de patients qui ont été suivis en gestion de cas durant ces premiers mois d'implantation. Après trois mois, seulement huit personnes âgées avaient bénéficié d'un gestionnaire de cas.

Au Granit, les médecins sont demeurés moins intéressés que ceux des deux autres MRC à collaborer avec les gestionnaires de cas après les quelques contacts qu'ils ont eu avec eux.

Ce manque d'intérêt envers la gestion de cas peut s'expliquer, tel que mentionné précédemment, par leur type de pratique qui est à 90,9 % en solo. Comme ils sont probablement habitués de coordonner eux-mêmes les services de leurs patients, la venue d'un autre intervenant peut sembler non nécessaire voire perturbatrice et intrusive.

Il sera intéressant de reconduire la même enquête auprès des médecins après une plus longue période d'implantation, puisqu'une limite à l'interprétation de ces résultats est le manque de contacts des omnipraticiens avec les gestionnaires de cas, au moment de l'administration du deuxième questionnaire. De plus, il faut laisser le temps aux médecins de réaliser concrètement les bénéfices découlant de la gestion de cas.

7.3 Forces et faiblesses de la méthodologie utilisée

L'étude de cas multiples, selon la typologie de Yin, utilisée comme dispositif de recherche, a été très appropriée pour conduire notre étude puisqu'elle nous a permis d'étudier des interventions et interrelations complexes sur lesquelles le contexte peut agir (Champagne *et al.*, 1990). En tant qu'observateur nous avons peu de contrôle sur l'implantation d'un tel projet, ce type de devis permet alors l'identification, de façon empirique, des facteurs associés à une plus forte probabilité de succès d'implantation d'un modèle théorique de réseaux intégrés pour personnes âgées.

La logique de l'intervention (plausibilité théorique) fut assurée par la présentation d'un cadre théorique et de plusieurs hypothèses en préimplantation du réseau. La qualité de l'articulation théorique du modèle sous-jacent à l'étude a facilité l'analyse des résultats.

D'ailleurs, l'adéquation du mode d'analyse choisi (l'appariement au modèle) aux objectifs visés par la présente évaluation, a permis d'en retirer des conclusions solides. Malheureusement, malgré l'importance de l'intégration des médecins dans une telle démarche, leur place n'a pas été explicitement définie dans le cadre théorique en préimplantation.

Parmi les autres atouts, on note une collecte de données qualitatives et quantitatives, par différents moyens (triangulation méthodologique), auprès de différents intervenants de trois MRC (triangulation des données) et ce, en temps réel; on note aussi, l'analyse en profondeur de chacun des cas; ainsi que la reproductibilité d'éléments importants entre les trois cas. Ces différentes façons de faire ont augmenté la validité interne et externe de l'étude (Denis et Champagne, 1990; Lipps et Grant, 1990; Shortell, 1984; Yin, 1994). Enfin, l'étude de trois cas a permis d'obtenir de l'information sur l'implantation du projet dans différents sites, permettant ainsi d'enrichir les recommandations quant à la mise sur pied de réseaux intégrés semblables dans d'autres régions. Par contre, l'analyse en profondeur de quelques dossiers cliniques, aurait pu être une autre méthode de collecte de données visant à mieux comprendre la nature et la justesse des interventions cliniques.

Une limite importante de cette étude est d'avoir dû réaliser l'évaluation après seulement 14 semaines d'implantation. Des retards dans l'implantation du projet au sein des différentes MRC expliquent ce court délai. Initialement, une collecte d'information était prévue à trois mois, puis à six mois. Cependant, à la suite de retards d'implantation, seule la collecte à trois mois, auprès des gestionnaires de cas, a été possible afin de respecter les échéanciers. Ce bref délai limite donc les conclusions quant à l'implantation des trois composantes étudiées dans cette étude, puisque les modifications des façons de faire

antérieures requièrent beaucoup de temps aux dépens des tâches normales exigées par le travail (Scheirer, 1981). De plus, une plus longue période d'implantation aurait permis une meilleure évaluation de la MRC de Coaticook, puisque davantage de personnes âgées auraient été prises en charge par les gestionnaires de cas.

Les médecins ont par contre été consultés en préimplantation et six mois plus tard. Ce délai de six mois était acceptable pour les MRC de Coaticook et du Granit, mais trop rapide à Sherbrooke où le nombre de médecins est élevé, la clientèle plus nombreuse et le nombre de gestionnaires de cas insuffisant. Toutefois, les taux de réponse des médecins ont été très satisfaisants. Par ailleurs, étant donné leur intérêt démontré envers les infirmières cliniciennes, il aurait été utile d'approfondir leurs attentes face à celles-ci. Ainsi, nous aurions été davantage en mesure de comprendre leurs besoins au plan clinique et non pas seulement au plan de la coordination des services. Enfin, la compréhension des processus cliniques, clé importante à l'intégration des médecins, n'a pas été explorée dans cette étude.

Des limites existent aussi au niveau des différentes sources de données. Les statistiques provenant du SIC ne sont pas compilées à des fins de recherche, la codification peut varier d'une MRC à l'autre et d'un intervenant à l'autre, ces statistiques ne sont pas toujours à jour et aussi elles ne sont pas complètes. En ce sens, une étude temps-mouvement a été réalisée dans le cadre du projet de démonstration SIPA. Elle visait, entre autres, à documenter l'ampleur et la nature des activités des intervenants de CLSC dont le SIC ne tient pas compte. Les résultats ont indiqués que les activités codifiées dans le SIC représentent autour de 50 % du travail des intervenants (Morales, C. *et al.*, 2000). Néanmoins,

en Estrie, des efforts de sensibilisation de l'importance d'utiliser le SIC et des efforts de standardisation auprès des gestionnaires de cas des trois MRC en préimplantation, ont permis une collecte comparable d'une MRC à l'autre et à l'intérieur d'une même équipe. De plus, certaines données ont été ajustées suite à la collecte de données dans les dossiers, ainsi qu'en fonction des réponses inscrites dans les questionnaires écrits remis aux gestionnaires de cas, afin de tenir compte du manque de représentativité de la banque de données SIC.

La collecte de données dans les dossiers a été limitée par leur manque de standardisation. Toutefois, une recherche minutieuse de l'information requise ainsi que la familiarité de l'auteur avec les dossiers et les termes médicaux ont facilité la collecte.

Les questionnaires aux gestionnaires de cas ont été créés pour les fins de cette recherche, puisque aucun projet suffisamment semblable ne permettait l'utilisation de questionnaires déjà bâtis. La construction de ces questionnaires a permis d'interroger les gestionnaires de cas par rapport à différentes actions spécifiques concernant la mise en œuvre du projet, ce que n'aurait pas permis l'utilisation de questions plus générales qu'on retrouve dans des questionnaires déjà élaborés (Brekke, 1987). Notre questionnaire présente une validité apparente, puisque les différentes questions sont liées aux concepts qui nous intéressent. Pour contourner le biais de désirabilité sociale, les participants étaient assurés, dès la première page du questionnaire, que leurs réponses resteraient strictement confidentielles. Toutefois, il est possible que les réponses et commentaires des gestionnaires de cas aient été modérés dans le contexte où ils doivent justifier leur emploi. Par ailleurs, le biais d'acquiescement a été limité par l'emploi de plusieurs questions ouvertes.

Les questionnaires aux médecins ont aussi été bâtis pour les fins de cette recherche pour les mêmes raisons. Ces questionnaires respectent les règles de Dillman (Dillman, 2000). Ils ont été prétestés auprès d'un échantillon suffisant et diversifié de médecins, afin de vérifier la compréhension des différentes questions. L'assurance que les réponses étaient strictement confidentielles figurait aussi sur la première page afin de minimiser le biais de désirabilité sociale. L'utilisation de questions fermées avec échelles de Likert et l'alternance entre des questions favorables et défavorables à la gestion de cas ont été deux stratégies utilisées pour diminuer le biais d'acquiescement.

La dernière méthode de collecte de données utilisée, le « focus group » respecte les principes de rigueur procédurale, de rigueur dans la documentation et de rigueur dans l'analyse. Une grille de questions a permis de structurer les discussions et a assuré leur reproductibilité entre les différentes MRC, et pour les collectes d'information futures. Par ailleurs, une telle procédure assure une validité apparente puisqu'elle témoigne du vécu des différents intervenants (Krueger, 1994). Elle offre aussi une validité de construit convergente puisque les points relevés lors des discussions ont été similaires d'une MRC à l'autre.

Toutefois certains biais ne peuvent être complètement ignorés. Un biais de codage et d'analyse peut découler d'une surestimation de l'importance et de la fréquence des informations lors de la rédaction. Certains résultats peuvent avoir été considérés trop rapidement comme étant représentatifs d'un phénomène plus général. Deux autres biais sont aussi à souligner : l'effet du chercheur sur le site, ainsi que l'effet du site sur le chercheur. Les participants peuvent être stimulés ou inhibés par la présence du chercheur,

et de son côté, le chercheur peut prendre toutes les informations au pied de la lettre. Pour contrer ces différents biais, on s'est assuré que l'objet de la recherche était très clair pour les informateurs, on a tenu compte de tous les points de vue et les résultats ont été lus et commentés par un ou des gestionnaires de cas de chaque MRC.

8. CONCLUSION

Après trois mois de mise en œuvre, le réseau intégré de services pour personnes âgées était partiellement implanté (Granit 70,1 %, Sherbrooke 67,3 % et Coaticook 49,3 %). Certaines ressources humaines et matérielles prévues au plan initial n'étaient pas disponibles durant ces premiers mois d'implantation. Principalement, le nombre de gestionnaires de cas à temps plein a été insuffisant. Par contre, la majorité des services prévus ont été dispensés, les gestionnaires de cas ont utilisé les outils (PSI, SMAF) dans une proportion supérieure à celle identifiée dans les Bois-Francis après un an de mise en œuvre et la clientèle visée a été rejointe. Les médecins ont démontré un intérêt marqué à participer. Toutefois, l'information disponible à leur égard a été insuffisante pour concrétiser pleinement ce désir exprimé en préimplantation du réseau.

Suite à cette évaluation conduite en Estrie, on peut formuler les recommandations suivantes afin d'améliorer l'implantation du réseau intégré pour personnes âgées. Les gestionnaires de cas doivent être plus nombreux au sein de chaque MRC. Ils doivent consacrer la majeure partie de leur travail à la gestion de cas, afin de s'approprier ce nouveau rôle. S'ils souhaitent continuer d'exercer les fonctions reliées à leur formation de base, il est préférable que ce soit uniquement auprès de leur clientèle en gestion de cas. Le mandat des gestionnaires de cas doit être clair par rapport à celui des intervenants-pivots et des travailleurs sociaux. Les gestionnaires de cas doivent formaliser davantage les évaluations des besoins des usagers et doivent être plus systématiques dans la rédaction des

PSI. Idéalement, le gestionnaire de cas devrait rencontrer l'aîné dans les jours qui suivent la demande.

Les ressources nécessaires au travail des gestionnaires de cas doivent être mises à leur disposition. Au niveau « micro », un environnement de travail permettant confidentialité et concentration est indispensable. Plus le gestionnaire de cas sera accessible aux autres intervenants, notamment les médecins, plus l'intégration des gestionnaires de cas sera facilitée. Le dossier clinique informatisé doit être implanté afin d'offrir une information complète, à jour et facilement accessible à tous les intervenants. Au niveau « macro », le manque de certains services doit être comblé. Des mesures plus souples de répit-dépannage, du transport adapté ainsi que du gardiennage spécialisé sont au nombre des services à améliorer. L'accessibilité à un large continuum de services adaptés aux besoins de la clientèle aînée est essentielle au travail des gestionnaires de cas.

Les médecins doivent se sentir davantage intégrés à ce nouveau mode de fonctionnement, puisque leur collaboration est essentielle. Ils doivent être consultés et informés. Tous les omnipraticiens devraient être informés personnellement de la disponibilité des gestionnaires de cas, de leur rôle, de leurs limites et des conséquences que ce nouvel intervenant aura sur leur pratique et sur la qualité de vie de leurs patients. Les médecins ont besoin d'être convaincus des bienfaits d'un tel réseau pour leur propre fonctionnement, ainsi que pour le bien de leurs patients. De plus, les omnipraticiens pratiquant en solo nécessitent une attention particulière, puisqu'ils semblent plus réticents à s'intégrer au réseau. Idéalement, les gestionnaires de cas devraient rencontrer les médecins afin d'augmenter leur visibilité. L'outil de dépistage, le PRISMA-7, doit être accessible aux différents

professionnels et aux organismes communautaires. Ainsi, en plus d'informer la population médicale et les autres intervenants, les proches et les patients eux-mêmes seront davantage sensibilisés.

Au moment du dépôt de ce mémoire, plusieurs éléments avaient déjà été améliorés à la suite des résultats préliminaires. Le guichet unique était en place au sein des trois MRC, le DCI avait été implanté au sein des trois MRC, un comité avait été mis sur pied à Sherbrooke afin de préciser les mandats de chacun, deux autres gestionnaires de cas avaient été engagés à Sherbrooke et d'autres bureaux étaient disponibles, les gestionnaires de cas de Coaticook se consacraient davantage à la gestion de cas et enfin, le critère voulant qu'uniquement les usagers recevant des services régionaux bénéficient de la gestion de cas avait été aboli. Plusieurs mesures avaient donc déjà été prises afin d'améliorer l'implantation du réseau.

Ainsi, par la mise en place de réseaux intégrés pour personnes âgées, nous souhaitons éviter que ces dernières aient à répéter leur histoire chaque fois qu'elles rencontreront un nouveau professionnel, qu'elles aient à refaire les mêmes examens diagnostiques inutilement, qu'elles soient utilisées comme l'outil de transmission des informations. On veut qu'elles aient accès à un intervenant de soins primaires 24 heures sur 24 et surtout, qu'elles puissent recevoir les meilleurs services à domicile correspondant à leurs besoins et ainsi maintenir leur autonomie.

Cette évaluation d'implantation se veut un pas dans cette direction, pour que les aînés puissent bénéficier de la bonne ressource à la bonne place, au bon moment et au moindre

coût. De plus, cette étude nous a permis de mieux comprendre les obstacles à la mise en place d'un tel réseau, les conditions de généralisation de cette intervention dans d'autres milieux et surtout, comment intervenir en Estrie, afin d'améliorer le fonctionnement du projet. Comme le disent Scheirer et Lantos (1983), même les interventions les plus efficaces ne peuvent être reproduites sans une connaissance suffisante des éléments qui les composent.

9. BIBLIOGRAPHIE

Adams, R., Chalifour, J.-F., Desrosiers, K. et François, J. (Université de Sherbrooke, faculté de médecine). Évaluation de la satisfaction des médecins face au programme de prévention secondaire sur la perte d'autonomie des personnes âgées à risque. 1996, 25 p.

Arcand, M. et Hébert, R. Précis pratique de gériatrie. Edisem, Maloine, 2^e édition; 1997, 902 p.

Asch, D.A., Jedrzejewski, M.K. et Christakis, N.A. Response rates to mail surveys published in medical journals. Journal of Clinical Epidemiology. Octobre 1997; 50(10) :1129-1136.

Association des hôpitaux du Québec. Pour mieux travailler ensemble : Une vision renouvelée des réseaux intégrés de soins et de services. Collection La reconfiguration du réseau. 1995; 2, 27 pages.

Baron, G. La vaccination contre l'influenza chez les médecins omnipraticiens du Québec. Mémoire. Université de Sherbrooke, 2000 :151 pages.

Bédard, D., Carbonneau, M., Pagé, L. et Pronovost, R. (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie). Réseau de services intégrés : ses principes, concepts et composantes. Sherbrooke, Québec; 2001, 32 p.

Béland, F. Le SIPA : programme et fonctionnement. Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Présentation Power Point disponible sur le site www.solidage.ca, 2003, 121 p.

Béland, F., Bergman, H., Denis, J.-L., Lebel, P. et Bureau, C. Rapport d'évaluation intérimaire II du projet de démonstration SIPA. Groupe de recherche Université de Montréal-Mc Gill sur les services intégrés pour personnes âgées. 2000 : 1-9.

Béland, F., Bergman, H. et Lebel, P. Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000. 2001 : 78 p.

Béland, F. Évaluation et implantation du SIPA. Réseaux de prestation des services intégrés aux personnes âgées : Un tour d'horizon canadien. 2002 :69-75.

Bergman H. SIPA Results of a 22 month randomized controlled trial on an integrated system of care for frail older persons. Présentation Power Point disponible sur le site www.solidage.ca, 2003, 18 p.

Bellerose, C., Lavallée, C., Chenard, L. et Levasseur, M. Et la santé, Ça va en 1992-1993? Santé Québec, Montréal, 1995, 411 p.

- Bergman, H. Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, 1998, 153 p.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z. et Carbonin, P. Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in the Community. British Medical Journal. 1998 May 2; 316(7141) :1348-51.
- Bonin, L., Paradis, M., Tourigny, A. et Durand, P.-J. (Direction de santé publique de la région régionale Mauricie/Centre du Québec, Centre de santé publique de Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval). Rapport de l'évaluation d'implantation et de processus du réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs. 2001, 116 p.
- Branch, L. G., Coulam, J. D. et Zimmerman, Y.A. The PACE evaluation : Initial finding. The Gerontologist. 1995; 35, (3) : 349-359.
- Brekke, J.S. The model-guide method for monitoring program implementation. Evaluation Review. 1987; 11(3) :281-299.
- Bureau de la statistique du Québec. Le Québec chiffres en main. Québec, BSQ; 1999, 46 p.
- Champagne, F., Contandriopoulos, AP. et Pineault, R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 1985; 33 :173-181.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A-P. et Denis, J-L. La recherche évaluative en santé. Québec : Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé; 1990, 71 p.
- Champagne F. et Denis JL. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. Service Social. 1992; 41(1) :143-163.
- Coddington, D.C., Moore, K.D. et Fisher, E.A. Physician leaders in integrated delivery. Medical Group Management Journal. 1997 :85-90.
- Collège des médecins de famille du Canada. Diffusion initiale des données du Sondage national 2001 auprès des médecins de famille. Janus project. 2001, 16 p.
- Collerette, P. L'étude de cas au service de la recherche. Recherche En Soins Infirmiers. 1997; 50 :81-88.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux). Rapport et recommandations : Les solutions émergentes. Québec; 2000, 410 p.
- Contandriopoulos AP., Champagne F., Denis JL. et Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes. Bulletin. 1993; 33(1) :12-17.

- Cook, T. D. et Shadish, W. R. "Program evaluation : the wordly science". Annual Review of Psychology. 1986; 37 :193-232..
- Davies, B. Comment améliorer la gestion par cas. Études de politiques sociales, OCDE. 1994; 14, 119-155.
- Demers M. Frequent users of ambulatory health care in Quebec : the case of doctor-shoppers. Canadien Medical Association Journal. 1995; 153 :37-42.
- Denis JL. et Champagne F. L'analyse de l'implantation : Modèles et méthodes. Canadian Journal Program Evaluation. 1990; 5(2) :47-67.
- Désilets, I. et Lépine, R. Orientation concernant les services aux personnes âgées : services dans le milieu, hébergement et mesures alternatives. Document de travail. 1997 : 21 p.
- Desroches, J., Bachand, J., Boucher, M., Cusson, L., Millette, A. et Rodrigue, J. (La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec). Rapport du comité de la planification et de la régionalisation. 1997, 4 p.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C. et Perreault, N. Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes. Montréal, Canada : Direction de la santé publique de Montréal-Centre; 1998, 130 p.
- Dieleman, L. Démarche d'implantation d'un réseau intégré de services pour personnes âgées en Estrie., Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, novembre 2001, 9 p.
- Dillman, D.A. Mail and internet surveys, The tailored design method. 2^e édition, New York, Wiley, 2000, 464 p.
- Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval. Guichet unique de Laval. Rapport d'évaluation. Juillet à décembre 1998, 1999, 183 p.
- Dubé, N. L'évaluation de programme a votre portée. Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles de la Madeleine, Direction de la santé publique; 1999, 231 p.
- Dugay, C., Nepton, M., Gorman, L., Lareau, D., Dubois, D., Gélinas, J., Bouvier, L., Daigle, S., Robitaille, M., Hachimi-Idrissi, N. et, Normand J. (Association des CLSC et CHSLD du Québec). Réseau de services intégrés, cadre conceptuel. Montréal, Québec; 2002, 29 p.
- Durand, P. J., Tourigny A., Bonin L., Bergeron P., Paradis M. et Lemay, A. Évaluation de l'implantation et de l'impact des services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : résultats de l'étude des Bois-Francs. Actes du Colloque PRISMA. 2001 : 15-57.

Eggert, G.M., Zimmer, J.G., Hall, W.J. et Friedman, B. Case management : a randomised controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. Health Services Research. 1991 ; 26 (4) :471-507.

Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, P., McCann, R. et Fox, N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) : An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. Journal of American Geriatrics Society. 1997; 45 :223-232.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Diffusion initiales des données du sondage national auprès des médecins de famille. 2001.

Feltes, M., Wetle, T., Clemens, E., Crabtree, B., Dubitzky, D. et Kerr, M. Case Management and Physicians : Communication and perceived problems. Journal of the American Geriatrics Society. 1994; 42, 5-10.

Fleiss, J.-L. Statistical method for rate and proportions. 2^e édition, John Wiley. 1981; 112-119.

Gillies, R.R., Shortell, S.M. et Young, G.J. Best practices in managing organised delivery systems. Hospital and Health Services Administration. 1997 Fall; 42(3) :299-321.

Glendinning, C., Coleman, A. et Rummery, K. Partnerships, performance and primary care : developing integrated services for older people in England. Ageing and Society. 2002 Mar; 22(Part. 2) :185-208.

Guttman, R.. Case management of the frail elderly in the community. Clinical Nurse Specialist. 1999 : 174-178.

Hébert R., Carrier R. et Bilodeau A. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La Revue De Gériatrie. 1988; 13(4) :161-167.

Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie, évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie. Collection Études et analyses 3^e édition. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation; 1997, 279 p.

Hébert, R. Demande de financement présentée à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Sherbrooke, Québec; 2000, 25 p.

Hébert, R., Durand, P.J., Bravo, G., Desrosiers, J., Dubuc, N., Buteau, M., Tourigny, A., Bonin, L., Carbonneau, M., Trahan, L., Dieleman, L., Lavigne, R., Bellefleur, R. et Tardif, M. (Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke). Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, protocole de recherche. Sherbrooke, Québec; 2000, 52 p.

Hébert, R. Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées, Le médecin du Québec, vol. 36, numéro 8, août 2001, 79-84.

Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A. on behalf of the PRISMA Group. Frail Elderly patients, new model for integrated service delivery, Canadian Family Physician, vol. 49, août 2003, 992-997.

HMO Workgroup on Care Management. Essential components of geriatric care provided through health maintenance organizations. Journal of the American Geriatrics Society. 1998; 46(3) :303-308.

Hollander, M. J. et Pallan, P. (Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, British Columbia, Canada.). The British Columbia Continuing Care System : Service Delivery and Resource Planning. Aging (Milano). 1995 Apr; 7(2) :94-109.

Huberman, A. M. et Miles, M. B. Analyse des données qualitatives. Éditions du renouveau pédagogique, Bruxelles : 1991, 480 p.

Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998. Collection La santé et le bien être. Québec : ISQ, 2001. 500 p.

Institut de la statistique du Québec. Enquête sociale et de santé 1998. Collection La santé et le bien-être. Québec : ISQ, 2000, 73 p.

Kergoat, M.-J. et Lebel, P. Aspects démographiques et épidémiologiques, chapitre 1. Hébert, R. et Arcand, M. Précis pratique de gériatrie. 2^e édition. Edisem et Maloine; 1997, 902 p.

Krueger, R.A. Focus groups : a practical guide for applied research. 2e ed. Thousand Oaks, California : SAGE Publications 1994, 255 p.

Lamarche, P.A., Lamothe, L., St-Pierre, M., Simard, J.-Y., Blanchette, L. et Trottier, J.-G. (Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada). Projet d'action concertée sur les territoires (PACTE) : une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées. Décembre 2001, 95 p.

Landi, F., Sgadari, A., Cipriani, L., Castellani, M., Pahor, M., Carbonin, P. U. et Bernabei, R. A Simple Program to Train Case Managers in Community Elderly Care. Aging (Milano). 1996 Jun; 8(3) :211-8.

Larivière, C., Hockenstein, E. et Montejo, M. E. (Université de Montréal). Impacts du Guichet unique en CLSC. Montréal; 2000, 31 p.

Leatt, P., Pink, G.-H. et Guerriere, M. Toward a Canadian model of integrated health care. Health Care Papers. 2000; 1(2) :13-37.

Lebel, P., Béland, F. et Bergman, H. SIPA : du modèle à la pratique. Réseaux de prestation des services intégrés aux personnes âgées : Un Tour D'Horizon Canadien. Octobre 2002 :63-67.

Lebel, P., Ducharme, F., Béland, F. et Bergman H. L'évaluation de la qualité des soins et services. Projet de démonstration SIPA. Évaluation de la Phase 1, juin 1999 à mai 2000. août 2002, 42 p.

- Lee, D., Mackenzie, A.E., Dudley-Brown S. et Chin TM. Case management : a review of the definitions and practices. Journal of Advanced Nursing. 1998 May; 27, (5) : 933-939.
- Lipps, G. et Grant, P. R. A participatory method of assessing program implementation. Evaluation Review. 1990; 14(4) :427-434.
- McCusker J., Bellavance F., Cardin S., Trepanier S., Verdon J. et Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. Journal of the American Geriatrics Society. Oct. 1999; 47(10): 1229-37.
- Mc Whinney. Le temps, le changement et la pratique familiale. Canadian Family Physician. 2001; 47 :1374-1376.
- Millette, B., Nasmith, L., Grand-Maison, P. et Lamontagne, R. Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec. Le médecin du Québec. 1996; 31, (5) : 87-93.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Québec : MSSS, 2001. 47 p.
- Morales, C., Lespérance, K., Bergman, H. Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Lareau, É. Étude temps-mouvement, CLSC Côte-des-Neiges et Bordeau-Cartierville. Équipe d'évaluation Projet-SIPA, présentation PowerPoint, février 2000.
- Netting, F. E. et Williams, F. G. Case Manager-Physician Collaboration : Implications for Professional Identity, Roles, and Relationships. Health & Social Work. 1996 Aug; 21(3) :216-24.
- Netting, F. E. et Williams, F. G. Geriatric Case Managers : Integration Into Physician Practices. Care Management Journals. 1999 Winter; 1(1) :3-9.
- Newcomer, R., Arnsberger, P. et Zhang, X. Case management, client risk factors and service use. Health Care Financing Review. 1997 Fall; 19, (1) : 105-120.
- Orme, S. Medecine to serve an ageing society : Profile of elderly people in society needs to be raised. British Medical Journal. 2000; 320, (7232) : 447.
- Patton, M. Q. Qualitative evaluation and research methods. Sage publication, 2^e Edition; 1990, 523 p.
- Phillips-H. C. Case Management : High-Intensity Care for Frail Patients With Complex Needs. Geriatrics. 1998 Feb; 53(2) :62-4, 67-8.
- Pierce C.A. Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) in 2002. Geriatric-Nursing. 2002; 23(3) :173-174.
- Pinnell Beaulne Associates Ltd. CHOICE, Evaluation project, evaluation summary final report. 1998 Nov. 31 p.
- Raïche, M. Questionnaire de repérage PRISMA-7, services intégrés aux personnes âgées. Actes du colloque PRISMA, novembre 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Implantation de réseaux intégrés de services pour les personnes âgées en Estrie - Recueil d'outils, octobre 1998, 40 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Forum sur l'organisation des services médicaux de première ligne. Document d'information pour les participants. 2000 : 46 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Réseau intégré de services aux personnes âgées, région Bas-Saint-Laurent. Document de support à l'implantation. 2001 :32 p.

Rho, G., Nguyen, H., Tourigny, G., Cazale, L., Morin-Blanchet, C. et Franco, A. (Fonds pour l'adaptation des services de santé, Rapport final). Projet de capitation dans la municipalité de comté du Haut-Saint-Laurent. 2001, 50 p.

Rodrigue, J., Savard, I., Dubé, R. et L'Heureux, M. La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés. Le médecin du Québec. 2000; 35, (3) : 103-134.

Rossi P.H. et Freeman H.E. Evaluation. A systematic approach. 6th Edition, Newbury Park, California : Sage Publications; 1998, 439 p.

Saucier, A. Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986. Québec : Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux; 1992, 63 p.

Scheirer, MA. The organizational context; Implementation and organisational change. Bervely Hill (California) : Sage publications; 1981, 231 p.

Scheirer, Mary Ann et Lantos Rezmovic, Eva. Mesuring the degree of program implemantetion : a methodological review. Evaluation Review. 1983; 7(5) :599-633.

SECOR, Firmezins Beauchesne et Associés (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec). Questionnaire sur le positionnement stratégique des cabinets privés de médecins omnipraticiens à la suite des transformations récentes du système de santé québécois. Québec; 1999, 8 p.

Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gillies, R. R., Mitchell, J. B. et Morgan, K. L. Building Integrated Systems the Holographic Organization. Healthcare Forum Journal, Health Forum Journal. 1993 March; 36(2) :20-6.

Shortell, S. M.; Gillies, R. R.; Anderson, D. A.; Mitchell, J. B., et Morgan, K. L. Creating Organized Delivery Systems : the Barriers and Facilitators. Hospital & Health Services Administration. 1993; 38(4) :447-66.

Shortell, S.M. Suggestions for improving the study of health program implementation. Health Services Research. 1984; 19(1) :117-125.

Smith J.E. Case management : A literature review. Canadian Journal of Nursing Administration.1998 May : 93-109.

Sondage SOM. La Presse. 1998.

Starfield, B. Primary care : balancing health needs, services and technology. Oxford, New York : Oxford University Press; 1998, 438 p.

Statistique Canada. Rapports sur la santé. La santé de la population canadienne. Institut canadien d'information sur la santé. 1999; 11(3) :53-66.

Sudman, S. Mail survey of reluctant professionals. Evaluation Review. 1985; 9(3) :349-360.

Tornatzky, L.G. et Johnson Elmima C. Research on implementation. Evaluation and Program Planning. 1982; 5 :193-198.

Touati, N et Denis, J.L. L'analyse de la dynamique d'implantation du SIPA. Minéo, Dasum, Département d'administration de la santé, 2001, 8 pages.

Veil, A. et Hébert, R., équipe PRISMA-Estrie. Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport intérimaire. Étude de cas comparatrice entre trois MRC de l'Estrie. Résultats partiels. Centre de recherche sur le vieillissement, novembre 2002, 128 p.

Walston, S.L., Kimberly, J.-R. et Lawton, R. Burns. Owned vertical integration and health care : Promise and performance. Health Care Manage Review. 1996; 21(1) :83-92.

White, M., Gundrum, G., Shearer, S. et Simmons, WJ. A role for case managers in the physician office. Journal of case management. 1994; 3, (2) : 62-68.

Williams, F. G., Warrick, L. H., Christianson, J. B. et Netting, F. E. Critical Factors for Successful Hospital-Based Case Management. Health Care Management Review. 1993 Winter; 18(1) :63-70.

Yin, R.K. Case study research : Design and methods. Newbury Park, California : Sage Publications; 1994, 171 p.

Young, J. et Philp, I. Future direction for geriatric medicine : Geriatricians must move with their patients into the community. British Medical Journal. 2000; 320, (7228) : 133-134.

Annexes

Annexe A

Composition du groupe de recherche PRISMA

Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et Université de Sherbrooke :

Dr Réjean Hébert, Chercheur principal
Dre Gina bravo
Dr Martin Buteau
Dre Johanne Desrosiers
Dr Nicole Dubuc
Dr Alain Villeneuve
Dr Philippe De Wals

Université Laval – Faculté de médecine

Dr Pierre Durand, cochercheur principal

CHUM

Dre Anne Lemay

Régies régionales de la santé et des services sociaux :

- Estrie
Michel Carbonneau, Linda Dilleman
- Laval
Jocelyn Lavallée, Éliane Lafleur
- Mauricie – Centre du Québec
Dre Lucie Bonin
- Montérégie
Hung Nguyen

Centre de santé publique de Québec

Dr Michèle Paradis, Dr André Tourigny

Institut national de santé publique

Dr Pierre Bergeron

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Lysette Trahan

Annexe B

PRISMA-7

Questionnaire de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère

Avez-vous plus de 85 ans ?	oui	non
Sexe masculin ?	oui	non
En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	oui	non
En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison	oui	non
Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	oui	non
Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	oui	non
Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	oui	non

Une réponse affirmative à 3 questions ou plus indique une forte possibilité de perte d'autonomie modérée à sévère et une évaluation plus approfondie du sujet est recommandée.

Capacité du questionnaire à repérer la clientèle visée

Seuil critique	Repérage positif	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive	
				positive	négative
3 points et plus	35,52%	78,26%	74,74%	42,65%	93,47%

En d'autres mots...

On sait que la prévalence de perte d'autonomie modérée à sévère (SMAF 15) est d'environ 21% chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile.

Ainsi, si on a une population de 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, 210 d'entre elles sont en perte d'autonomie modérée à sévère.

Ce sont ces 210 personnes que l'on désire identifier à l'aide du questionnaire de repérage.

Si on pose les questions aux 1000 personnes, 355 d'entre elles auront un repérage positif.

L'évaluation plus approfondie (ex. : SMAF) de ces 355 personnes permettra d'identifier 164 personnes en réelle perte d'autonomie modérée à sévère.

Ainsi,

- 355 évaluations sur 1000 sont nécessaires pour identifier 164 des 210 personnes ciblées;
- 46 des 210 personnes ciblées ne sont pas identifiées par le processus.

Annexe C

Étude documentaire

Dossiers cliniques de la clientèle

Du 28 janvier 2002 au 6 mai 2002

Granit

Anne (1)_____	Linda (2)_____	Date : _____	# dossier _____
Gestionnaire de cas : _____ (1)- Nom (2)- Nom			
L'usager a un médecin de famille lors de la demande :		Oui (1)_____ Non (2)_____	
		↓ _____	
Référents : (médecin, aidant, usager lui-même...)		<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> CLSC (1) <input type="checkbox"/> CHUS Bowen (2) <input type="checkbox"/> CHUS Fleur. (3) <input type="checkbox"/> IUGS (4) <input type="checkbox"/> CH Granit (5) <input type="checkbox"/> transfert de dossier du MAD (6) <input type="checkbox"/> MD clinique privée (7) <input type="checkbox"/> autres (8) : _____ </div> <div style="flex: 0.5; font-size: 3em; margin: 0 10px;">}</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px;"> Précisez type d'intervenant _____ </div> </div>	
Délais de réponse (en jours entre la date de la demande et la 1 ^{ère} visite du gestionnaire de cas)		Date 1 ^{ère} visite du G de C : _____ Date de la demande : _____ Nbre de jrs : _____	

PSI		Présent (1) : _____ Absent (2) : _____		Nombre de services : _____ Fait par un autre intervenant <input type="checkbox"/> (3)
Raisons d'intervention (Quelles sont les problématiques des clientèles référées?) (3 maximum) (à partir de la liste des problèmes du PSI)		1- 2- 3-		
Éléments	Complet	Partiel	Absent	Autres
<i>Outil Multi</i>				Cochez si outil multIClientèle a été complété par un gestionnaire de cas : _____ (4)
	(1)	(2)	(3)	
<i>SMAF</i>				<u>Score</u> à l'admission : _____ Cochez si dernier SMAF a été complété par un G de cas: _____ (4) Refait? _____ (5)
	(1)	(2)	(3)	
Diagnostics médicaux principaux : (5 maximum)		<input type="checkbox"/> Locomoteur (1) <input type="checkbox"/> Neurologique (2) <input type="checkbox"/> Cardiaque (3) <input type="checkbox"/> Pulmonaire (4) <input type="checkbox"/> Néo (5) <input type="checkbox"/> Endocrino (6) <input type="checkbox"/> Psychiatrique (7) <input type="checkbox"/> autres (8) _____ _____		

Lieu de résidence :

☐ Domicile (1)

vit seul ____ (1.1) vit avec d'autres ____ (1.2)

préciser : _____

☐ Résidence privée ou d'accueil (3)

☐ Autres (4) _____

☐ Information non disponible (5)

Commentaires :

Annexe D 1

Première lettre aux médecins , 1^{er} questionnaire

Sherbrooke, le 7 septembre 2001

Dr. Prénom, Nom

Société

Adresse

Ville

Code postal

Dr. Prénom, Nom,

L'implantation de réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie débutera dès cet automne. Ces réseaux visent à accroître la continuité et l'accessibilité des services aux aînés, afin de prévenir une détérioration de leur autonomie et leur permettre alors de demeurer plus longtemps à domicile. Ils visent aussi une meilleure communication entre les intervenants des différents services, la personne âgée et ses proches.

Une équipe de recherche sous la direction du Dr Réjean Hébert effectue présentement une étude d'implantation, ainsi qu'une étude d'impact de ces réseaux. Nous faisons appel à vous, aujourd'hui, dans le cadre de l'étude d'implantation des réseaux intégrés.

La place qu'occupe le médecin de famille au sein des réseaux intégrés est importante et votre participation à cette enquête est essentielle pour mieux la décrire et la comprendre. Ainsi, nous serons en mesure de saisir la perception que vous avez de votre rôle et de celui des gestionnaires de cas qui ont pour mandat d'agir en tant qu'agent de liaison entre le patient, sa famille et le réseau de santé. En ayant une meilleure connaissance de votre positionnement face aux réseaux intégrés, nous serons en mesure de recommander les ajustements nécessaires en tenant compte de vos besoins.

Ces questionnaires sont envoyés aux médecins pratiquant au sein des trois MRC qui participent à l'étude en Estrie : Sherbrooke, Coaticook et Granit. Votre nom et adresse ont été obtenus par une liste disponible à la Régie Régionale (DRMG). Au cours de l'hiver 2002, un questionnaire semblable, aussi succinct, vous sera envoyé dans le but d'identifier la nature de votre participation aux réseaux intégrés personnes âgées, les conditions facilitantes et contraignantes associées à votre expérience et l'impact qu'ont les réseaux intégrés sur votre pratique.

Remplir ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes. Nous vous assurons que les résultats seront traités en toute confidentialité. Nous vous demandons de nous retourner vos réponses d'ici le 2 octobre 2001. Entre-temps, pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.

Veuillez agréer, Dr. Prénom, Nom, nos remerciements les plus sincères.

Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-3111 poste 237
Courriel : lindamilette@sympatico.ca

Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut canadien
de recherche sur le vieillissement
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-2720

Annexe D 2

Deuxième lettre aux médecins , 1^{er} questionnaire

Sherbrooke, le 21 septembre 2001

Dr. Prénom, Nom
Société
Adresse
Ville
Code postal

Dr. Prénom, Nom,

Vous avez reçu il y a une semaine un questionnaire vous demandant **votre opinion relativement à l'implantation, par la Régie régionale, d'un réseau intégré de services pour personnes âgées en Estrie.** Si vous avez déjà rempli et posté le questionnaire, nous vous en remercions. Sinon, nous vous prions de le faire dès aujourd'hui.

Nous tenons à vous souligner l'importance pour nous de recevoir tous les questionnaires afin de dresser un portrait fidèle de la situation dans notre région. L'opinion de chacun d'entre vous est indispensable pour rendre compte de l'éventail complet des différents points de vue.

Remplir ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes. Nous vous assurons que les résultats seront traités en toute confidentialité. Entre-temps, pour toute information supplémentaire, si vous n'avez pas reçu le questionnaire ou si vous l'avez égaré, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.



Veuillez agréer, Dr. Prénom, Nom, nos salutations distinguées.

Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-3111 poste 237
Courriel : lindamilette@sympatico.ca

Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut du vieillissement
Instituts de recherche en santé du Canada
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-2720

Annexe D 3

Troisième lettre aux médecins , 1^{er} questionnaire

Sherbrooke, le 5 octobre 2001

Dr. Prénom, Nom
Société
Adresse
Ville
Code postal

Dr. Prénom, Nom,

Vous avez reçu dernièrement un questionnaire vous demandant votre opinion relativement à l'implantation, par la Régie régionale, d'un réseau intégré de services pour personnes âgées en Estrie. Si vous avez déjà rempli et posté le questionnaire, nous vous en remercions. Sinon, nous vous prions de le faire dès aujourd'hui.

Nous tenons à vous souligner à nouveau l'importance pour nous de recevoir tous les questionnaires afin de dresser un portrait fidèle de la situation dans notre région. L'opinion de chacun d'entre vous est indispensable pour rendre compte de l'éventail complet des différents points de vue. C'est pourquoi nous vous retournons un questionnaire pour recevoir votre réponse le plus rapidement possible.

Remplir ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes. Nous vous assurons que les résultats seront traités en toute confidentialité. Entre-temps, pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.

Veuillez agréer, Dr. Prénom, Nom, nos salutations distinguées.



Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-3111 poste 237
Courriel : lindamilette@sympatico.ca

Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut du vieillissement
Instituts de recherche en santé du Canada
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-2720

LES RÉSEAUX INTÉGRÉS ET VOUS, DOCTEUR?

Questionnaire sur les perceptions des médecins au sujet des réseaux intégrés pour personnes âgées

Ce questionnaire vise à mieux connaître l'opinion des omnipraticiens en Estrie au sujet de l'implantation d'un réseau intégré de services pour personnes âgées. Il peut être rempli en **10 minutes** approximativement.

Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions en cochant la réponse la plus appropriée. Un espace pour les commentaires est prévu à la fin du questionnaire.

Soyez assuré(e) que vos réponses resteront strictement confidentielles.

1-Avez-vous des personnes âgées dans votre clientèle?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu NON, veuillez SVP retourner le questionnaire non rempli dans l'enveloppe affranchie fournie à cette fin. ☒



Merci de prendre quelques minutes pour nous aider. 😊

Pour toutes questions, vous pouvez rejoindre Linda Milette au numéro ci-dessous, au poste 237.



Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Pavillon Papineau 840, rue Papineau, Sherbrooke, J1E 1Z2 ☎ (819) 821-3111

1^{ère} partie

« Réseau intégré » est un terme bien à la mode ces dernières années. Les réseaux intégrés s'implantent dans plusieurs pays et même dans plusieurs disciplines. La tendance dominante semble être la recherche d'un système de soins et services continus mieux coordonnés et orientés vers le patient. Les éléments de base d'un tel réseau sont : une porte d'entrée unique aux services, un programme de gestion de cas, un plan de services individualisé et une information pertinente sur le client accessible à tous les intervenants.

2- Pensez-vous que les médecins omnipraticiens devront de plus en plus faire partie d'un réseau intégré de services?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3- Avez-vous l'impression que les médecins sont impliqués dans les décisions concernant les réseaux intégrés?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement

4- Êtes-vous au courant qu'un réseau intégré pour personnes âgées s'implante en Estrie cet automne?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement

5- Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) pour vous impliquer au sein du réseau intégré pour personnes âgées?

- ☐ Oui
- ☐ Non

2^{ème} partie

Dès l'automne 2001, des intervenants, principalement des *travailleurs sociaux*, occuperont la fonction de gestionnaires de cas en Estrie. Les **gestionnaires de cas** ont pour mandat :

- 1) d'évaluer tous les besoins de la personne âgée : problèmes de santé, autonomie fonctionnelle (SMAF), réseau de support...
- 2) de développer un plan de services individualisé (PSI),
- 3) d'aider à la négociation et à la coordination des services médicaux, sociaux, communautaires et de réadaptation requis avec les dispensateurs de services,
- 4) de s'assurer que les services sont rendus et réajustés selon l'évolution de leur client.

Nous voulons maintenant connaître votre opinion concernant les gestionnaires de cas avant leur entrée en fonction. **Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.** Répondez au meilleur de votre connaissance.

6- Dans votre pratique actuelle, souhaitez-vous utiliser les services d'un

gestionnaire de cas?

- ☐ Oui
☐ Non

7- Veuillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

À mon avis, les gestionnaires de cas...

	Totalement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
7.1- ...auront un rôle complémentaire au mien.				
7.2- ...faciliteront la collecte d'information lors de la prise en charge d'un nouveau patient.				
7.3- ...alourdiront le processus de soins déjà en place.				

Suite...

7- Veuillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

À mon avis, les gestionnaires de cas...

	<div> <div>Totalement en accord</div> <div>Plutôt en accord</div> <div>Plutôt en désaccord</div> <div>Totalement en désaccord</div> </div>			
7.4- ...permettront aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à domicile.				
7.5- ...allégeront mes tâches bureaucratiques.				
7.6- ...viendront s'immiscer dans ma relation patient-médecin.				
7.7- ...aideront à la prise de décision lors du retour à domicile de patients hospitalisés.				
7.8- ...devraient travailler surtout avec un groupe de médecins spécifiquement identifiés en soins aux personnes âgées.				
7.9- ...devraient travailler en collaboration avec tous les médecins de famille.				
7.10- ...faciliteront mon travail.				
7.11- ...seront peu efficaces puisque les ressources sont très limitées dans ma région.				
7.12- ...devraient plutôt être des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.				
7.13- ...faciliteront l'accès aux services des personnes âgées.				
7.14- ...contribueront à la diminution de la duplication des services.				
7.15- ...rendront ma tâche plus complexe.				
7.16- ...éviteront des hospitalisations inutiles.				
7.17- ...me permettront de mieux connaître le contexte de vie de mes patients.				
7.18- ...seront une dépense supplémentaire au système de santé.				

Nous voulons également connaître vos intérêts concernant l'orientation de votre pratique en médecine familiale pour les années à venir.

8- Veuillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Comme médecin de famille, je suis intéressé(e) à ...

	<div> <div>Totalement en accord</div> <div>Plutôt en accord</div> <div>Plutôt en désaccord</div> <div>Totalement en désaccord</div> </div>			
8.1-continuer de suivre toute ma clientèle, même si une partie de celle-ci devient en perte d'autonomie modérée à grave (mais reste toujours à domicile ou en résidence).				
8.2-prendre en charge de nouveaux patients, même s'ils sont en perte d'autonomie modérée à grave.				
8.3-participer au dépistage des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la gestion de cas.				
8.4-discuter avec mes patients en perte d'autonomie de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas.				
8.5-référer à un gestionnaire de cas mes patients en perte d'autonomie qui le désirent.				
8.6-discuter avec les gestionnaires de cas des patients que nous suivons conjointement.				
8.7-être consulté pour l'élaboration du plan de services individualisé (PSI) par le gestionnaire de cas.				
8.8-être présent lors des réunions d'équipes multidisciplinaires concernant mes patients si ma rémunération est ajustée en conséquence.				
8.9-transférer mes patients en perte d'autonomie modérée à grave à un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.				
8.10- ...faire partie d'un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.				

Suite...

8- Veuillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Comme médecin de famille, je suis intéressé(e) à...

	<div> <div>Totalement en accord</div> <div>Plutôt en accord</div> <div>Plutôt en désaccord</div> <div>Totalement en désaccord</div> </div>			
8.11- ...avoir plus d'information à propos de la gestion de cas et du réseau intégré pour personnes âgées.				
8.12-... un mode de rémunération par capitation, c'est-à-dire en fonction du nombre de patients inscrits sur ma « liste » et de la lourdeur de ceux-ci.				
8.13- ...savoir précisément qui je peux référer en gestion de cas.				
8.14- ...accueillir de nouveaux médecins en Estrie, car je n'arrive pas à répondre à la demande.				
8.15- ...mettre le temps et l'énergie nécessaires pour utiliser un dossier clinique informatisé partageable (c'est-à-dire pouvant être consulté par plusieurs intervenants).				
8.16- ...retarder l'utilisation du dossier clinique informatisé parce que j'ai des préoccupations à propos du contrôle de l'information.				

9- Selon vos propres préférences et capacités, vous projetez, d'ici les 10 prochaines années...(cochez une seule réponse)

- ☐ Vous spécialiser dans un seul créneau (ex : gériatrie, santé mentale, urgence...)
- ☐ Vous spécialiser dans quelques créneaux
- ☐ Être un médecin polyvalent

Les réseaux intégrés visent l'intégration d'outils informatiques incluant un dossier clinique partageable entre les intervenants. Nous aimerions connaître votre niveau d'informatisation actuel.

10- Cochez les activités pour lesquelles vous faites l'usage d'un ordinateur.

(Plus d'une réponse possible par activité)

(Ne pas considérer l'utilisation d'Ariane au CHUS)

	au bureau	à la maison
a) Courrier électronique (e-mail)	_____	_____
b) Formation médicale continue	_____	_____
c) Revue de littérature	_____	_____
d) Fichier-patient informatisé	_____	_____
e) Dossier clinique informatisé	_____	_____
f) Internet	_____	_____
g) Facturation	_____	_____
h) Autres (précisez) :	_____	_____



3^{ème} partie

Pour l'interprétation des résultats nous aimerions avoir un profil de votre pratique professionnelle.

11- Combien d'heures en moyenne travaillez-vous par semaine?

- ☐ < 25
- ☐ Entre 25-34
- ☐ Entre 35-44
- ☐ Entre 45-54
- ☐ Entre 55-65
- ☐ > 65

12- Veuillez indiquer le pourcentage de votre temps consacré, en moyenne, à chacun des milieux de pratique suivants :

% Temps

- a. Consultations en cabinet privé.....
- b. Consultations en CLSC
- c. Hospitalisation.....
- d. Hébergement.....
- e. Soins à domicile.....
- f. Urgence.....
- g. Autre(s)..... précisez :

Total : 100%

13- Quel type de pratique exercez-vous?

- ☐ Solo
- ☐ De groupe (sans partage de dossiers)
- ☐ De groupe (avec partage de dossiers)

14- Approximativement quel pourcentage de votre clientèle se compose de personnes âgées de plus de 65 ans? _____%

15- Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 20 ans
- ☐ Entre 21 et 30 ans
- ☐ Plus de 30 ans

16- Quelle est votre formation universitaire ?

- ☐ Internat unidisciplinaire
- ☐ Internat multidisciplinaire
- ☐ Résidence en médecine de famille
- ☐ Autre, précisez : _____

17- Quel est votre sexe ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

18- Dans quelle MRC pratiquez-vous?

- ☐ Sherbrooke
- ☐ Coaticook
- ☐ Granit
- ☐ Autre, précisez : _____

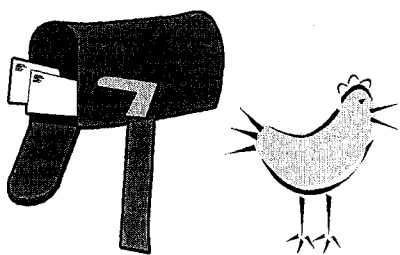
4^{ième} partie

Pour nous aider à mieux comprendre votre position, nous aimerions avoir vos opinions sur certaines questions.


19- Avez-vous des préoccupations au sujet du réseau intégré de services pour personnes âgées ou des gestionnaires de cas?


20- Qu'est-ce qui favoriserait une participation active des médecins au réseau intégré de services pour personnes âgées?

21- Avez-vous des commentaires concernant l'implantation du réseau intégré pour personnes âgées en Estrie?



Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

S.V.P. veuillez retourner le questionnaire dès que possible dans l'enveloppe affranchie à cet effet. 

Merci 

Annexe E 1

Première lettre aux médecins , 2^e questionnaire .

Sherbrooke, le 26 avril 2002

Dr. Prénom, Nom
Société
Adresse
Ville
Code postal

Dr. Prénom, Nom,

Un réseau intégré pour personnes âgées existe en Estrie depuis cet automne. En septembre dernier, nous avons fait appel à vous pour connaître la perception que vous aviez de votre rôle au sein d'un tel réseau. Cette fois-ci, nous sollicitons votre aide pour **documenter votre opinion suite à l'implantation** de ce réseau. Chacune de vos réponses est importante, puisque **seulement les omnipraticiens qui ont répondu au premier questionnaire** sont invités à répondre à celui-ci, afin de suivre l'évolution de vos perceptions et préoccupations.

Ce deuxième questionnaire est **plus court que le premier** puisque plusieurs informations ont déjà été collectées. Il devrait nécessiter **environ 5-10 minutes** de votre temps. Votre participation à cette enquête est essentielle pour **saisir l'opinion que vous avez du réseau intégré et du nouveau rôle de gestionnaire de cas** maintenant que ce dernier est en fonction. En ayant une meilleure connaissance de votre positionnement face aux gestionnaires de cas, nous serons en mesure de recommander les ajustements nécessaires en tenant compte de vos besoins.

Nous vous assurons que les résultats seront traités en toute **confidentialité**. Veuillez s.v.p nous **retourner vos réponses d'ici le 10 mai 2002**. Pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.

Nous vous prions d'agréer nos remerciements les plus sincères.

Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-1170 poste 2659
Courriel : lindamilette@sympatico.ca

Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut Canadien
de recherche sur le vieillissement
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 829-7131

Annexe E 2

Deuxième lettre aux médecins , 2^e questionnaire

Sherbrooke, le 3 mai 2002

Dr. Prénom, Nom
Société
Adresse
Ville
Code postal

Dr. Prénom, Nom,

Vous avez reçu il y a une semaine un questionnaire vous demandant **votre opinion suite à l'implantation, par la Régie régionale, d'un réseau intégré de services pour personnes âgées en Estrie.** Si vous avez déjà rempli et posté le questionnaire, nous vous en remercions. Sinon, nous vous prions de le faire dès aujourd'hui.

Nous tenons à vous souligner l'importance pour nous de recevoir tous les questionnaires puisque seulement les omnipraticiens qui ont répondu au premier questionnaire sont invités à répondre à celui-ci, afin de suivre l'évolution de vos perceptions.

Remplir ce questionnaire vous prendra environ cinq à dix minutes. Nous vous assurons que les résultats seront traités en toute confidentialité. Entre-temps, pour toute information supplémentaire, si vous n'avez pas reçu le questionnaire ou si vous l'avez égaré, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.

Veuillez agréer, Dr. Prénom, Nom, nos salutations distinguées.



Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-1170 poste 2659
Courriel : lindamilette@sympatico.ca

Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut Canadien
de recherche sur le vieillissement
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 829-7131

Annexe E 3

Troisième lettre aux médecins , 2^e questionnaire

Sherbrooke, le 17 mai 2002

Dr. Prénom, Nom
Société
Adresse
Ville
Code postal

Dr. Prénom, Nom,

Vous avez reçu dernièrement un questionnaire vous demandant votre opinion suite à l'implantation d'un réseau intégré de services pour personnes âgées en Estrie. Si vous avez déjà rempli et posté le questionnaire, nous vous en remercions. Sinon, nous vous prions de le faire dès aujourd'hui.

Nous tenons à vous souligner à nouveau l'importance pour nous de **recevoir tous les questionnaires** puisque seulement les omnipraticiens qui ont répondu au premier questionnaire sont invités à répondre à celui-ci. L'opinion de chacun d'entre vous est indispensable pour **saisir votre perception du nouveau rôle de gestionnaire de cas** maintenant que ce dernier est en fonction. En ayant une meilleure connaissance de votre positionnement face aux gestionnaires de cas, nous serons en mesure de **recommander les ajustements nécessaires** en tenant compte de vos besoins. C'est pourquoi *nous vous retournons un questionnaire* en espérant recevoir votre réponse le plus rapidement possible.

Remplir ce questionnaire vous prendra environ cinq à dix minutes. Il est plus court que le premier. Nous vous assurons que les résultats seront traités en toute confidentialité. Entre-temps, pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.

Veuillez agréer, Dr. Prénom, Nom, nos salutations distinguées.



Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-1170 poste 2659
Courriel : lindamilette@sympatico.ca

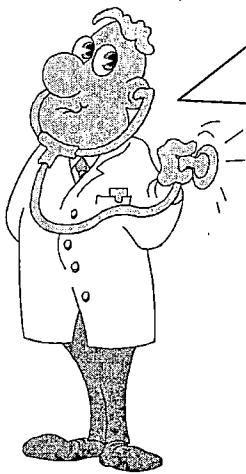
Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut
Canadien de recherche sur le vieillissement
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 829-7131

LES RÉSEAUX INTÉGRÉS ET VOUS, DOCTEUR?**Questionnaire sur les perceptions des médecins au sujet des réseaux
intégrés pour personnes âgées****2^e partie**

Ce questionnaire vise à recueillir l'opinion des médecins en cours d'implantation du réseau intégré pour personnes âgées, ainsi qu'à déterminer les raisons qui peuvent inciter à une participation satisfaisante et utile. Il peut être rempli en 5-10 minutes approximativement.

Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions en cochant la réponse la plus appropriée. Un espace pour les commentaires est prévu à la fin du questionnaire.

Soyez assuré(e) que vos réponses resteront strictement confidentielles.



1-Saviez-vous que les gestionnaires de cas sont disponibles depuis cet automne?

☐ Oui → Continuez à la question 2

☐ Non → Passez à la 2^{ième} partie, page 5

Merci de prendre quelques minutes pour nous aider. ☺

Pour toutes questions, vous pouvez rejoindre Linda Milette au numéro ci-dessous, au poste 2659.



Centre de recherche
sur le vieillissement

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Pavillon D'Youville 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke, J1H 4C4 ☎ (819) 821-1170

1^{re} partie

Depuis l'automne 2001, des intervenants occupent la fonction de gestionnaires de cas en Estrie. Les **gestionnaires de cas** ont pour mandat :

- 1) d'évaluer tous les besoins de la personne âgée (>65 ans) : problèmes de santé, autonomie fonctionnelle (SMAF), réseau de support...,
- 2) de développer un plan de services individualisé (PSI),
- 3) d'aider à la négociation et à la coordination des services médicaux, sociaux, communautaires et de réadaptation requis,
- 4) de s'assurer que les services sont rendus et réajustés selon l'évolution du patient.

2- Avez-vous discuté avec certains de vos patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas?

- ☐ Non
- ☐ Quelques fois
- ☐ À plusieurs reprises

3- Avez-vous entendu parler des gestionnaires de cas par l'entremise de vos patients?

- ☐ Non
- ☐ Quelques fois
- ☐ À plusieurs reprises

4- Avez-vous référé au moins un de vos patients à un gestionnaire de cas?

- ☐ Oui
- ☐ Non

→ **4.1- Environ combien de patients avez-vous référés en gestion de cas?** _____

5- Un gestionnaire de cas vous a-t-il avisé qu'il s'occupait d'un de vos patients?

- ☐ Oui
- ☐ Non (Passer à la question 6)



5.1- Pour environ combien de vos patients un ou des gestionnaires de cas vous ont-ils avisé qu'ils s'en occupaient? _____

5.2- Comment le (les) gestionnaires de cas ont-ils communiqué avec vous?

(Plus d'une réponse possible)

- ☐ Par fax
- ☐ Par téléphone
- ☐ Par message téléphonique (via secrétaire)
- ☐ Autre (préciser): _____

5.3- La méthode par laquelle les gestionnaires de cas communiquent avec vous est-elle appropriée?

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non



5.4- Si vous avez répondu non ou partiellement pouvez-vous expliquer votre réponse?



Nous voulons maintenant connaître votre opinion concernant le travail des gestionnaires de cas depuis leur entrée en fonction. Répondez au meilleur de votre connaissance.

Si aucun de vos patients n'a été suivi par un gestionnaire de cas depuis cet automne, passez à la 2^{ième} partie, page 5.

6- Veuillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Le travail des gestionnaires de cas...

	<div> <div>Totalement en accord</div> <div>Plutôt en accord</div> <div>Plutôt en désaccord</div> <div>Totalement en désaccord</div> </div>			
6.1- ...a été complémentaire au mien.				
6.2- ...a rendu ma tâche plus complexe.				
6.3- ...a contribué à la diminution de la duplication des services.				
6.4- ...a alourdi le processus de soins déjà en place.				
6.5- ...a permis aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à domicile.				
6.6- ... a été peu efficace puisque les ressources sont très limitées dans ma région.				
6.7- ...a été une dépense supplémentaire au système de santé.				
6.8- ...a allégé mes tâches bureaucratiques.				
6.9- ...a facilité l'accès aux services des personnes âgées.				
6.10- ...n'a apporté rien de plus aux soins et services que j'offre déjà à mes patients.				
6.11- ...a facilité mon travail.				
6.12- ...me serait beaucoup plus bénéfique s'il était fait par des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.				
6.13- ...m'a permis de mieux connaître le contexte de vie de mes patients.				
6.14- ...a évité des hospitalisations inutiles.				
6.15- ...est venu s'immiscer dans ma relation patient-médecin.				
6.16- ...a aidé à la prise de décision lors du retour à domicile des patients hospitalisés.				
6.17- ...a facilité la collecte d'information lors prise en charge d'un nouveau patient.				

2^e partie

Nous voulons maintenant connaître les raisons qui peuvent influencer une collaboration satisfaisante et utile avec les gestionnaires de cas. Si vous voulez revoir la définition de gestionnaire de cas, référez-vous à l'encadré de la page 2.

7- Veuillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas sont que...

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord Totalement en désaccord </div>			
7.1- ...je ne sais pas comment les contacter.				
7.2- ...je ne suis pas intéressé(e) à utiliser leurs services.				
7.3- ...je ne sais pas qui dans ma clientèle pourrait bénéficier de la gestion de cas.				
7.4- ...sans le dossier clinique informatisé, je ne vois pas comment ils pourraient m'être utiles.				
7.5- ...jusqu'à maintenant, ma clientèle ne répond pas à celle qui pourrait bénéficier d'un gestionnaire de cas.				
7.6- ...je m'occupe moi-même de coordonner et négocier les services de mes patients.				
7.7- ...j'ai besoin d'infirmières cliniciennes et non de gestionnaires de cas.				
7.8- ...j'utilise les services de travailleurs sociaux du CLSC ou de l'hôpital au lieu de faire appel à un gestionnaire de cas.				
7.9- ...je ne comprends pas encore clairement comment le gestionnaire de cas peut venir en aide à mon patient.				
7.10- ...j'oublie de m'en servir.				
7.11- ...je doute de l'efficacité d'un tel système.				
7.12- ...je crains que ma charge de travail s'alourdisse.				
7.13- ...ils ne sont pas disponibles quand j'en ai besoin.				
7.14- ...je ne savais pas que ce service était à ma disposition.				
7.15- ...je m'en servirais si ma rémunération était ajustée en conséquence.				

Suite de la question 7...

7.16- Spécifiez d'autres raisons qui, selon vous, nuisent à l'utilisation des gestionnaires de cas:

7.17- Avez-vous des solutions qui pourraient améliorer la collaboration?

8- Avez-vous des commentaires concernant l'implantation du réseau intégré pour personnes âgées en Estrie?


Vous pouvez rejoindre les **gestionnaires de cas** aux
numéros de téléphone suivant :


562-3057

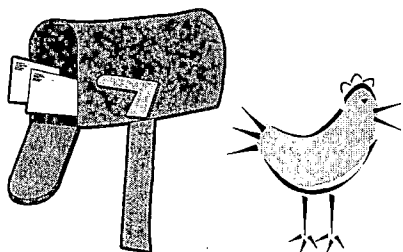
562-0489 (téléphoniste informatisée)

Télécopieur : (819) 562-4654

Nous vous remercions de votre précieuse
collaboration.

S.V.P. veuillez retourner le questionnaire
dès que possible dans l'enveloppe affranchie
à cet effet. 

Merci  -



Annexe F

Lettre accompagnant les faits saillants du 1^{er} questionnaire

Sherbrooke, le 4 mars 2002

«Titre» «Prénom» «Nom»

«Adresse»

«Ville»

«Code_postal»

«Titre» «Nom»,

Le Centre de Recherche sur le vieillissement tient à vous **remercier** personnellement pour votre participation à notre premier questionnaire sur les réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie.

Nous vous transmettons un bref bilan des faits saillants de ce questionnaire, propre à votre MRC.

Vos réponses nous aiderons à faire les recommandations nécessaires, afin de tenir compte de la position des omnipraticiens de votre région.

Veuillez agréer, «Titre» «Nom», nos salutations distinguées.



Linda Milette, MD
Résidente en santé communautaire

Université de Sherbrooke

☎ : (819) 821-1170 poste 2659

Courriel : lindamilette@sympatico.ca

Réjean Hébert, MD, MPhil
Directeur scientifique de l'Institut du
vieillissement
Instituts de recherche en santé du
Canada

Université de Sherbrooke

☎ : (819) 829-7131

Les réseaux intégrés et vous, docteur?

Faits saillants du 1^{er} questionnaire pour votre MRC



Taux de réponses des omnipraticiens pour la MRC de *Sherbrooke* : **58%**

98% des médecins omnipraticiens pensent qu'ils devront de plus en plus **faire partie d'un réseau intégré** de services.

88% souhaitent utiliser les services d'un **gestionnaire de cas**.

96% sont intéressés à **référer** à un **gestionnaire de cas** leurs patients en perte d'autonomie.

93% sont intéressés à **être consulté pour l'élaboration du plan de services individualisé (PSI)** par le **gestionnaire de cas**.

La grande majorité des **énoncés en faveur de la gestion de cas** ont obtenu des taux **>90%**.

Bien que les médecins soient très favorables à la gestion de cas, **57%** pensent que les **gestionnaires de cas** devraient plutôt être des **infirmières cliniciennes** qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.

88% des omnipraticiens pensent que les **gestionnaires de cas** devraient **travailler en collaboration avec tous les médecins de famille**.

43% sont aussi d'accord avec la possibilité que les **gestionnaires de cas travaillent surtout** avec un **groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées**.

28% des médecins de famille sont intéressés à **faire partie d'un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées**.

59% seraient **d'accord** à transférer leurs patients en perte d'autonomie modérée à grave à un **groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées**.

72% sont intéressés à mettre le temps et l'énergie nécessaire pour utiliser un dossier clinique informatisé partageable.

Les réseaux intégrés et vous, docteur?

Faits saillants du 1^{er} questionnaire pour votre MRC



Taux de réponses des omnipraticiens pour la MRC du *Granit* : **58%**

100% des médecins omnipraticiens pensent qu'ils devront de plus en plus **faire partie d'un réseau intégré de services**.

100% souhaitent utiliser les services d'un **gestionnaire de cas**.

91% sont intéressés à **référer à un gestionnaire de cas** leurs patients en perte d'autonomie.

82% sont intéressés à **être consulté pour l'élaboration du plan de services individualisé (PSI)** par le gestionnaire de cas.

La grande majorité des **énoncés en faveur de la gestion de cas** ont obtenu des taux **>90%**.

Bien que les médecins soient très favorables à la gestion de cas, **67%** pensent que les **gestionnaires de cas** devraient plutôt être des **infirmières cliniciennes** qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.

91% des omnipraticiens pensent que les **gestionnaires de cas** devraient **travailler en collaboration avec tous les médecins de famille**.

22% sont aussi d'accord avec la possibilité que les **gestionnaires de cas travaillent surtout** avec un **groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées**.

36% des médecins de famille sont intéressés à **faire partie d'un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées**.

55% seraient d'accord à **transférer** leurs patients en perte d'autonomie modérée à grave à un **groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées**.

36% sont intéressés à mettre le temps et l'énergie nécessaire pour utiliser un **dossier clinique informatisé partageable**.

Les réseaux intégrés et vous, docteur?

Faits saillants du 1^{er} questionnaire pour votre MRC



Taux de réponses des omnipraticiens pour la MRC de *Coaticook* : 100%

100% des médecins omnipraticiens pensent qu'ils devront de plus en plus **faire partie d'un réseau intégré de services.**

100% souhaitent utiliser les services d'un **gestionnaire de cas.**

100% sont intéressés à **référer à un gestionnaire de cas** leurs patients en perte d'autonomie.

89% sont intéressés à **être consulté pour l'élaboration du plan de services individualisé (PSI)** par le gestionnaire de cas.

La grande majorité des **énoncés en faveur de la gestion de cas** ont obtenu des taux **>90%**.

Bien que les médecins soient très favorables à la gestion de cas, **60%** pensent que les **gestionnaires de cas** devraient plutôt être des **infirmières cliniciennes** qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.

90% des omnipraticiens pensent que les **gestionnaires de cas** devraient **travailler en collaboration avec tous les médecins de famille.**

56% sont aussi d'accord avec la possibilité que les **gestionnaires de cas travaillent surtout** avec un **groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.**

56% des médecins de famille sont intéressés à **faire partie d'un groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.**

33% seraient **d'accord à transférer** leurs patients en perte d'autonomie modérée à grave à un **groupe de médecins spécifiquement identifié en soins aux personnes âgées.**

56% sont intéressés à mettre le temps et l'énergie nécessaire pour utiliser un **dossier clinique informatisé partageable.**

Annexe G 1

Sherbrooke, le 29 avril 2002

Mme ...,

Le Centre de recherche sur le vieillissement procède actuellement à l'étude d'implantation des réseaux intégrés pour personnes âgées en Estrie. **Le but de cette étude est de documenter le déroulement réel du projet « réseau intégré »** ainsi que de déterminer, en fonction des réalités de chaque territoire, ce qui aide ou nuit au bon fonctionnement.

Le gestionnaire de cas joue un rôle privilégié au sein d'un tel réseau. C'est pourquoi, **votre participation nous est indispensable**. Étant donné que vous êtes peu nombreuses actuellement, votre opinion nous est précieuse.

Le questionnaire que nous vous demandons de compléter vise à mieux comprendre votre rôle, à préciser si les ressources mises à votre disposition sont suffisantes et pertinentes, ainsi qu'à déterminer si les relations que vous entretenez avec vos différents partenaires sont satisfaisantes. Ce questionnaire représente l'une des quatre parties de l'étude touchant la gestion de cas, puisque nous nous servons également des rapports SIC, des dossiers ainsi que d'une entrevue de groupe, auprès de vous, pour approfondir certains aspects du présent questionnaire.

Compléter ce questionnaire vous prendra approximativement 30 à 45 minutes. Soyez assurée que les résultats seront traités en toute confidentialité. Veuillez remettre vos réponses à votre secrétaire **d'ici vendredi le 3 mai**. Pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à nous rejoindre aux numéros ci-dessous. Votre participation est grandement appréciée.

Nous vous prions d'agréer, Mme ..., nos remerciements les plus sincères.

Linda Milette
Étudiante à la maîtrise
Université de Sherbrooke
☎ : (819) 821-1170 poste 2659
Courriel: lindamilette@sympatico.ca

Anne Veil, Mss
Agente de recherche
Étude d'implantation sur les réseaux intégrés
Centre de recherche sur le vieillissement
☎ : (819) 829-7131 poste 2650

Être gestionnaire de cas.... intégration facile?, pas facile?...



Ce questionnaire vise à mieux connaître la fonction de gestionnaire de cas, les difficultés liées à ce nouveau rôle ainsi que les facteurs facilitant sa mise en œuvre. Il peut être rempli en 30 à 45 minutes approximativement.

Veuillez, s'il vous plaît, répondre seul(e) à toutes les questions. Si vous avez des interrogations sur le sens de certaines questions, n'hésitez pas à nous téléphoner plutôt que de demander à un(e) collègue quelle en est sa compréhension.

Soyez assuré(e) que vos réponses resteront strictement anonymes.

Merci de prendre quelques minutes pour nous aider.

Linda Milette

Étudiante à la maîtrise en sciences cliniques

☎ : (819) 821-1170 poste 2659

1^{ière} Partie

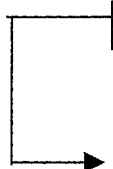
Le rôle de gestionnaire de cas a été déterminé pour l'ensemble du réseau de la santé en Estrie. Toutefois, chaque MRC peut ajuster ce modèle selon ses besoins. Nous aimerions donc mieux connaître la réalité propre à votre situation.

Clientèle qui utilise la gestion de cas

1- Pour combien de personnes âgées êtes-vous gestionnaire de cas actuellement? _____

2- Pensez-vous que la clientèle dont vous vous occupez est celle qui a le plus besoin des services d'un gestionnaire de cas?

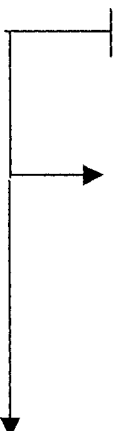
- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non



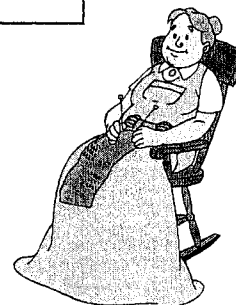
2.1- Si vous avez répondu **non ou partiellement**, expliquez votre réponse.

3- Avez-vous l'impression que vos clients saisissent bien ce qu'est votre rôle de gestionnaire de cas auprès d'eux?

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non



3.1- Si vous avez répondu **non ou partiellement**, pourquoi en est-il ainsi?



→ 3.2- Comment améliorer la situation?

Description de votre travail

4- Combien d'heures par semaine consacrez-vous à la fonction de gestionnaire de cas? _____

5- En dehors de vos heures consacrées à la gestion de cas, continuez-vous d'exercer les fonctions liées à votre formation de base (travailleur social, infirmière, psychologue ou autre).

Oui Non

...auprès de votre clientèle de gestion de cas..... ☐ ☐

...auprès d'une autre clientèle que celle que vous suivez en gestion de cas.. ☐ ☐



5.1 Si vous avez répondu **oui** à au moins un des deux énoncés, vous sentez-vous en conflit avec ce double rôle?

- ☐ **Oui**
☐ **Non**

→ **5.2**-Veuillez expliquer votre réponse.

6- Le rôle que vous avez à jouer en tant que gestionnaire de cas vous semble-t-il clair?

☐ Oui

☐ Partiellement

☐ Non



6.1- Si vous avez répondu **non ou partiellement**, quels aspects de votre travail ne vous semblent pas suffisamment clairs?

7- Par rapport à vos conditions de travail, comment qualifieriez-vous, sur une **échelle de 1 à 4**, les différents aspects suivants :

1= pas satisfaisant 2 = peu satisfaisant 3 = assez satisfaisant 4 = très satisfaisant

Charge de travail.....

Impression d'auto-contrôle sur son travail... ..

Horaire de travail.....

Salaire.....

7.1- Si vous avez répondu **1 ou 2** à au moins une des conditions, qu'est-ce qui pourrait, selon vous, améliorer la situation?

8- Lors d'une semaine de travail type, estimez le pourcentage de votre temps alloué à chacune des activités suivantes :

%

Temps passé auprès de la personne âgée et/ou ses proches pour :

Évaluations ou réévaluations (SMAF, outil multIClientèle)..... _____

Organisation des services et préparation du PSI _____

Soutien, suivi..... _____

Autres, préciser : _____

Temps passé seul pour :

Prise de connaissance des dossiers des usagers (ex :évaluations déjà existantes)..... _____

Rédaction des PSI et coordination de services..... _____

Travail administratif (mise à jour des dossiers, SIC)..... _____

Déplacements..... _____

Autres, préciser : _____

Temps passé avec les autres intervenants pour :

Réunions d'équipe des gestionnaires de cas..... _____

Réunions multidisciplinaires pour la clientèle (pour PSI et autres motifs).. _____

Autres, préciser : _____

100%

9- Dans votre pratique professionnelle, jusqu'à quel point, les éléments suivants représentent-ils des obstacles à votre travail?

1 = très peu 2 = peu 3 = assez 4 = beaucoup

Présence de listes d'attente pour certains services..... _____

Lenteur de l'échange d'information entre les différents intervenants..... _____

Refus de l'utilisateur ou des aidants de recevoir certains services..... _____

Fréquents et/ou longs déplacements en automobile..... _____

Lourdeur de vos tâches administratives..... _____

Accès difficile aux dossiers de vos clients..... _____

Avoir à négocier les services avec les partenaires..... _____

Autres, préciser : _____

2^{ème} Partie

Différentes ressources sont mises à la disposition des gestionnaires de cas. Cette section vise à savoir si celles-ci sont pertinentes et suffisantes, selon vous, pour effectuer correctement votre travail.

Formation personnelle et expériences de travail



10-Quelle est votre formation professionnelle de base?

- ☐ Infirmier(e)
- ☐ Travailleur(se) social ou agent(e) de relations humaines
- ☐ Psychologue
- ☐ Autres, préciser : _____

11-Considérez-vous cette formation appropriée pour effectuer votre travail de gestionnaire de cas?

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non

→ 11.1- Si vous avez répondu **non** ou **partiellement**, quelle formation de base serait plus appropriée?

12- Aviez-vous une expérience d'intervention auprès des personnes âgées avant de devenir gestionnaire de cas?

- ☐ Oui, nombre d'années : _____
- ☐ Non

Formation de gestionnaire de cas

13-Maintenant que vous êtes gestionnaire de cas depuis plusieurs semaines, comment qualifieriez-vous la formation qui vous a été offerte juste avant votre entrée en fonction :

- ☐ Elle correspond totalement aux apprentissages dont j'avais besoin.
- ☐ Elle correspond partiellement aux apprentissages dont j'avais besoin.
- ☐ Elle ne correspond pas aux apprentissages dont j'avais besoin.
- ☐ Je n'avais pas besoin de formation.

→ **13.1-**Si vous avez choisi le 2^e ou le 3^e énoncé, quels seraient les éléments à parfaire?

14-Un programme de formation continue vous est-il offert?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Ressources matérielles et humaines mises à votre disposition

15- Parmi les outils que vous utilisez, cotez de 1 à 4 votre **appréciation** pour chacun des éléments suivants :

1 = très faible, 2 = faible, 3 = élevée, 4 = très élevée

Outil multiclientèle	SMAF	PSI	SIC
<i>Utilité</i>			
<i>Facilité d'utilisation</i>			
<i>Maîtrise de l'outil</i>			

16- Avez-vous besoin de documents de référence, écrits ou informatiques, disponibles pour consultation, pour effectuer votre travail?

☐ **Oui**

☐ **Non**

→ **16.1-** Si vous avez répondu **oui**, avez-vous accès facilement à ceux-ci sur votre milieu de travail?

☐ **Oui**

☐ **Partiellement**

☐ **Non**

17-Avez-vous besoin de consulter certains professionnel(le)s pour effectuer votre travail?

Par exemple, pouvoir contacter un intervenant qualifié lorsqu'un usager présente un problème qui vous est inconnu.

☐ Oui

☐ Non

→ 17.1- Si vous avez répondu **oui**, avez-vous facilement accès à ces professionnel(le)s pour obtenir de l'information supplémentaire lorsque nécessaire?

☐ Oui

☐ Auprès de certains professionnel(le)s seulement

☐ Non

→ 17.2- Si vous avez répondu **non ou auprès de certains professionnel(le)s**, quel(s) professionnel(le)s sont difficilement accessibles?

18-Avez-vous des rencontres avec les autres gestionnaires de cas de votre MRC pour discuter et partager des difficultés rencontrées dans votre travail?

☐ Oui, à quelle fréquence : _____

☐ Non

→ 18.1- Si vous avez répondu **oui**, diriez-vous que ces rencontres... :

☐ ...facilitent régulièrement votre travail

☐ ...facilitent occasionnellement votre travail

☐ ...facilitent rarement votre travail

19- Pour le moment y a-t-il suffisamment de gestionnaires de cas dans votre MRC pour répondre à la demande?

☐ Oui

☐ Non

Ressources externes (publiques, privées, institutionnelles et communautaires)

20-Les services actuellement offerts aux personnes âgées que vous suivez sont-ils...

...suffisamment variés pour répondre aux besoins de la clientèle

☐ Oui

☐ Partiellement

☐ Non

...suffisamment nombreux pour répondre à la demande

☐ Oui

☐ Partiellement

☐ Non

→ 20.1- Si vous avez répondu **non ou partiellement** à au moins un des items, préciser lesquels sont manquants et lesquels sont insuffisants.



3^{ième} Partie

Les relations entre le gestionnaire de cas, les autres intervenants et ses collègues sont importantes pour qu'un réseau intégré fonctionne bien. En ce sens, nous souhaitons connaître votre perception par rapport à celles-ci.

Relations entre les gestionnaires de cas

21- Comment qualifieriez-vous la collaboration qui règne au sein des gestionnaires de cas de votre MRC?

- ☐ Excellente
- ☐ Bonne
- ☐ Passable
- ☐ Absente

21.1- D'après vous, qu'est-ce qui fait que la collaboration est ainsi au sein de votre équipe?

Relations avec le supérieur immédiat

22- Comment qualifieriez-vous la relation que vous avez avec votre supérieur immédiat?

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Passable

Relations avec les autres intervenants

(On entend par autres intervenants tous les dispensateurs de services aux personnes âgées, par exemple, les médecins, les infirmières, les intervenants des organismes communautaires...)

23- Parmi les intervenants avec qui vous avez à collaborer, avec quelle proportion de ceux-ci avez-vous une facilité à entrer en contact, un sentiment qu'ils présentent de l'intérêt à collaborer et une participation suffisante de leur part?

Ne répondre que pour les intervenants avec qui vous êtes entré(e) en contact et utilisez les 4 catégories de réponses suivantes :

1 = 0-24% 2 = 25-49% 3 = 50-74% 4 = 75-100%

	Facilité à entrer en contact	Intérêt de collaboration	Participation suffisante	Je n'ai pas eu à collaborer avec ce type d'intervenant (cochez)
Médecin de famille.....
Médecin spécialiste.....
Infirmier(e).....
Travailleur social.....
Ergothérapeute.....
Physiothérapeute.....
Organismes communautaires.....
Archivistes.....
Psychoéducateur.....
Organismes communautaires.....

Autres, préciser :

.....
.....
.....

24-Indiquez quelle proportion des intervenants avec qui vous entrez en contact sont visés par les énoncés suivants. **Utilisez les 4 catégories de réponses suivantes :**

1 = 0-24% 2 = 25-49% 3 = 50-74% 4 = 75-100%

Méconnaissance de l'**existence** des gestionnaires de cas..... _____

Méconnaissance de **ce que fait** un gestionnaire de cas..... _____

Méconnaissance à savoir **comment contacter** un gestionnaire de cas..... _____

Manque de confiance en la gestion de cas..... _____

Impression de ne pas être considéré comme un **intervenant ayant une fonction différente** de celle qu'il occupait avant de devenir gestionnaire de cas..... _____

Autres raisons, précisez : _____

25- Votre lieu de travail (emplacement et positionnement des bureaux)...

...ne facilite pas le travail téléphonique

- ☐ **En accord**
- ☐ **Partiellement en accord**
- ☐ **En désaccord**

...ne facilite pas la confidentialité

- ☐ **En accord**
- ☐ **Partiellement en accord**
- ☐ **En désaccord**

...ne facilite pas le contact avec les autres professionnels

- ☐ **En accord**
- ☐ **Partiellement en accord**
- ☐ **En désaccord**

26-Le médecin de famille a un rôle privilégié à jouer auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Sur une échelle de 1 à 4, indiquez, selon votre expérience à ce jour, le pourcentage de médecins de famille qui participent aux activités suivantes.

1 = 0-24% 2 = 25-49% 3 = 50-74% 4 = 75-100%

26.1- Les médecins de famille participent au **dépistage** des personnes âgées pouvant bénéficier d'un gestionnaire de cas..... _____

26.2- Les médecins de famille **collaborent** avec vous pour les patients que vous suivez conjointement..... _____

26.3- Les médecins de famille sont présents lors des **réunions d'équipe multidisciplinaire** de leurs patients que vous suivez conjointement..... _____

26.4- Les médecins de famille **vous contactent** pour s'enquérir de certaines informations en lien avec leurs patients..... _____

Sur la même échelle de 1 à 4, indiquez le pourcentage le plus adéquat.

26.5- Les médecins de famille semblent avoir une **connaissance appropriée** du rôle de gestionnaire de cas..... _____

26.6- Les médecins de famille ont une **opinion favorable** à la gestion de cas. _____

26.7-La proportion de personnes âgées pour lesquelles **vous informez le médecin** de famille lorsque leur situation change..... _____



27- Comment considérez-vous la relation que vous entretenez actuellement avec la majorité des médecins de famille de votre clientèle?

Avez-vous d'autres commentaires concernant votre rôle de gestionnaire de cas :

Janvier 2002

*Merci beaucoup,
votre collaboration est grandement
appréciée.*



Annexe H

Guide de questions pour le « Focus groups » Sherbrooke

Introduction

- ❖ Remercier les participants pour leur collaboration.
- ❖ *Qu'est-ce qu'une étude d'implantation de la gestion de cas ?*
Une étude d'implantation vise à documenter le déroulement réel d'un projet (ici la nouvelle fonction de gestionnaires de cas), afin d'identifier si la population visée est bien celle qui est rejointe, si le déroulement des activités est tel que prévu et si les ressources investies sont suffisantes et pertinentes. Elle permet aussi de faire ressortir quels sont les facteurs facilitants ou contraignants la mise en œuvre du projet. Préciser que ce n'est pas une évaluation de la qualité de l'acte, de leurs interventions.
- ❖ *Pourquoi un « focus groups » ?*
Le fg nous permet d'étudier plus en profondeur l'implantation de la gestion de cas pour personnes âgées en Estrie.
- ❖ *Qui est en charge de cette étude ?*
Cette étude d'implantation ainsi que d'autres études telles qu'une étude d'impact et une étude économique sont réalisées par le Centre de recherche sur le vieillissement. Ces études sont réalisées grâce à une subvention de recherche accordée à un groupe de chercheurs en provenance de différentes régions du Québec : la Montérégie, Laval, Québec, les Bois-Francs et l'Estrie. Le chercheur principal est le Dr Réjean Hébert. Ces études sont entreprises en Estrie auprès de 3 MRC (Granit, Coaticook et Sherbrooke) et auprès de plusieurs acteurs, entre autres vous les gestionnaires de cas, les médecins, les personnes âgées et leurs aidants.
- ❖ *À quoi serviront les informations que nous en retirerons ?*
Le but de ce « focus groups » est de mieux comprendre l'implantation de la gestion de cas, identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, pour ainsi aider à la poursuite du projet et faciliter son implantation dans d'autres régions.
- ❖ *Fonctionnement*
Nous enregistrons sur cassette audio vos propos. Une transcriptrice, extérieure à la région 05, en fera une version écrite fidèle (verbatim). Vos noms ne seront pas archivés. La discussion que nous avons aujourd'hui restera strictement confidentielle. Ce sera à partir de ce matériel que nous pourrons ensuite analyser les perceptions et les situations vécues par les gestionnaires de cas. Nous vous invitons à lire et signer un formulaire de consentement, afin d'officialiser notre engagement envers vous.
- ❖ Avez-vous des questions ou des préoccupations avant le début de l'entrevue ?

Mentionner qu'il y a 4 blocs

1^{er} Bloc : Clientèle

- 1-Dans le questionnaire que vous avez complété, vous dites que la clientèle que vous desservez n'est pas entièrement celle qui aurait le plus besoin de vous.

Parlez-nous de cette clientèle qui nécessite moins un

gestionnaire de cas. (ex. peu de services inter-établissements, demandant davantage relance)

Sinon continuer vous quand même de suivre les clients dont les besoins correspondent moins à votre rôle de gestionnaire de cas ?

Pouvez-vous nous la clientèle qui bénéficie plus de vos services?

En quoi cette clientèle est-elle vulnérable ?

Est-ce surtout sur le plan physique, social, psychologique (santé mentale)... ?

- 2-En l'absence d'un guichet unique, vous clients vous ont été acheminés soit par l'entremise du CLC (projet 1), soit par le MAD du CLSC, soit par des référents de toutes sortes (cuse IUGS).

Ces mécanismes de référence permettent-ils de rejoindre la bonne clientèle ?

- 3-D'après le questionnaire les personnes âgées semblent confuses par rapport à votre nouveau rôle. Plusieurs d'entre vous mentionne une confusion entre gestionnaire de cas et intervenant pivot. **Pouvez-vous nous en parler davantage?**

Les personnes âgées vous appellent-elles « gestionnaire de cas » ?

Qui constatent-elles au besoin ? (IP, approfondir)

Comment peuvent-elles vous contacter ?

Je pense que vous assurer une garde du lundi au vendredi de 8h30 à 20h00 ? Ai-je raison ? Que se passe-t-il en dehors de la période couverte ?

- 4- D'après vous, qu'est-ce que vous pouvez apporter comme gestionnaire de cas quant à l'accessibilité (accès services) ?

quant à l'adéquation des services aux besoins réels ? (signifie d'être judicieux dans l'attribution des services, ex. ne pas hospitaliser une personne âgée pour une problématique d'ordre sociale)

quant à la continuité des services aux personnes âgées ? (la continuité permet le partage mutuel d'informations entre les intervenants évitant ainsi la duplication de certains services pour une même personne âgée. De plus, elle permet d'assurer à la personne âgée l'ensemble des services qu'elle a besoin et ce pour une longue période de temps, sans qu'elle ait à faire les démarches elle-même)

- 5- Quelles sont vos constatations par rapport aux aidants ?
Considérez-vous que vous avez un rôle à jouer auprès d'eux ?

2^e bloc : Rôle du gestionnaire de cas

- 6-Comment comprenez-vous votre rôle de gestionnaire de cas ?
Parlez-moi au quotidien de ce qu'est :

Le courtage de services (demander et négocier les services)

La coordination de services (s'assurer qu'il n'y a pas de duplication, offre logique de services)

Votre rôle d'avocat (prendre la défense des intérêts du client dans la négociation des services, en respectant la volonté du patient)

Votre responsabilité envers le maintien de l'autonomie
(physique et cognitive, ex centre de jour)

- 7-Êtes-vous en accord avec ce qu'on vous demande comme rôle?
(vérifier le niveau d'accord avec les objectifs et composantes de l'intervention)

- 8-Est-ce qu'être travailleur social, infirmière ou psychologue teinte la façon dont vous faites votre travail de gestionnaire de cas ?
Influence la façon dont vous êtes interpellé par le milieu (intervenants, partenaires, personnes âgées)?

- 9-Comment vivez-vous au quotidien le conflit de rôle entre intervenants pivots et gestionnaires de cas ?

3^{ème} bloc : Facteurs facilitants et contraignants

- 10-Qu'est-ce qui vous aide à bien fonctionner dans votre travail de gestionnaire de cas ?
- 11-Qu'est-ce qui nuit au bon fonctionnement de votre travail de gestionnaire de cas?

après que les participants aient répondu aux questions 8 et 9
suggérer certains choix :

Vous n'avez pas parlé de....diriez-vous que c'est un élément qui nuit (ou facilite) votre travail ?

À préciser pcq 2 ont dit à venir et 3 ont dit qu'elles en bénéficiaient actuellement, est-ce les 3 du même bureau ?

Ressources à votre disposition :

Partage sur votre pratique entre gestionnaires de cas (mise en commun de vos expériences, ce que vous vivez)
encadrement par votre supérieur immédiat
formation
personnes ressources accessibles
documents de références

Ressources ou services à la disposition des personnes

âgées :

listes d'attentes pour certains services
absence de certains services
refus de l'utilisateur ou des aidants de recevoir certains services
négociation de ces services

Outils que vous utilisez:

outil multi, ISO-SMAF, PSI
dossier papier comme outil de communication entre les intervenants (lenteur)
l'accès difficile aux dossiers des clients

Perception qu'on les autres intervenants de votre rôle de g de

c
Niveau de connaissance de l'existence de g de c
Niveau de compréhension de votre rôle
Impression qu'ils voient votre rôle comme étant complémentaire ou plutôt en conflit avec leur rôle
Aident ou nuisent à votre intégration, par exemple aux équipes multidisciplinaires

PSI

Une personne a mentionné qu'il serait pertinent d'avoir un exemple type et un entraînement au PSI par un g de c expérimenté, qu'en pensez-vous ?

12-Parmi tous les points qui ont été soulevés par rapport à votre travail de gestionnaire de cas, lequel est le plus important pour vous ?

13-Si je résume les éléments qui rendent votre tâche plus facile ainsi... et plus difficile ainsi... ai-je bien compris ? Ai-je oublié des éléments importants ?

4^e bloc : Relations avec les médecins de famille

14-Comment sont les relations avec les médecins de famille ?

après que les participants aient répondu suggérer certains choix :

Avez-vous l'impression que les médecins...

Connaissent l'existence des gestionnaires de cas à Sherbrooke.
Savent comment vous contacter.
Comprennent votre rôle (savent exactement ce que vous faites).
Voient votre rôle comme étant complémentaire au leur.
Considèrent votre travail utile
Collaborent suffisamment (répondent à vos questions (fax), réunions multi).

15-Vous mentionner dans le questionnaire que vous informez les médecins de famille pour la majorité des personnes âgées que vous suivez conjointement quand leur situation change.

Comment cela se passe-t-il ?

Dans quelles circonstance ?

16-Si je résume ainsi les relations qui existent entre vous et les médecins de famille... ma synthèse est-elle juste ? Ai-je oublié des éléments importants ?

Clôture

17- Etant donné l'importance de ce qui a été discuté ici pour d'autres régions qui vont développer des réseaux intégrés de services, y a-t-il certains éléments importants dont nous n'avons pas discuté ?

Que diriez-vous à des gestionnaires de cas ?

Que diriez-vous à des médecins ?

Que diriez-vous à des décideurs ?

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

Annexe I

Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Sherbrooke Geriatric
University Institute

ATTESTATION*

Comité de déontologie de la recherche sur l'humain de
l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke



Membres du comité

Champs d'activités

BERNIER, Jean-Pierre

Président
Professeur, Faculté de médecine, Département de neurologie, Université de Sherbrooke

BRIÈRE, Élisabeth

Notaire, Étude Sylvestre, Robillard

DESCLOS, Jean

Doyen, Faculté de théologie, éthique et philosophie, Université de Sherbrooke

O'NEIL, Louis

Personne retraitée

LORRAIN, Dominique

Professeure, Faculté de médecine, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
Chercheuse, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie

MACOIR, Joël

Chercheur, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie

PATENAUE, Johanne

Professeure, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Sherbrooke

TESSIER, Daniel

Chercheur, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie

Les membres du comité d'éthique de l'établissement certifient avoir examiné le projet de recherche ci-après proposé et ont conclu, à l'unanimité, qu'il était entièrement conforme aux normes déontologiques, telles qu'énoncées dans les règles de la déontologie de la recherche sur l'humain.

Titre du projet de recherche : *Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie*

Soumis par : Dr Réjean Hébert

Extrait du procès-verbal du 24 janvier 2000.

Date : 3 janvier 2000

Dr Jean-Pierre Bernier
Président du comité d'éthique

* Cette attestation devra être renouvelée chaque année, et ce jusqu'à la fin du projet de recherche.

Pavillon D'Youville
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec)
J1H 4C4
Tél. : (819) 821-5100
Téléc. (819) 821-2065

- Soins de longue durée
- Gériatrie active
- Services ambulatoires
- Réadaptation
- Enseignement
- Recherche
- Développement de l'expertise

- Long-term health care
- Active geriatrics
- Ambulatory services
- Rehabilitation
- Teaching
- Research
- Expertise development

Pavillon Argyll
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec)
J1H 3H5
Tél. : (819) 569-3661
Téléc. (819) 569-8523



Annexe I

Autorisation de comité de déontologie de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (suite)

Sherbrooke, le 23 juillet 2001

Madame Anne Veil, Mss
Agente de recherche
Centre de recherche - IUGS
Pavillon Papineau
840, rue Papineau
Sherbrooke, QC J1E 1Z2

Objet : Évaluation de votre formulaire de consentement pas le CÉR
Réf. : 2000-23 / HEB-23

01

Madame Veil,

J'ai le plaisir de vous informer que les membres du Comité de déontologie de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ont recommandé l'approbation du formulaire de consentement à participer au volet « Étude d'implantation » se rapportant à l'étude intitulée **Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie**, dirigée par Dr Réjean Hébert. Ce formulaire a été jugé conforme aux normes déontologiques, telles qu'énoncées dans les règles de la déontologie de la recherche sur l'humain.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, Madame Veil, l'assurance de mes meilleurs sentiments.


Johane Patenaude

Président du comité d'éthique de la
recherche

JP/sf

Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Pavillon D'Youville ☐
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec)
J1H 4C4
Tél. : (819) 829-7131
Fax : (819) 829-7141

Pavillon Argyll ☐
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec)
J1H 3H5
Tél. : (819) 821-1170
Fax : (819) 829-7145

Pavillon Papineau ☐
840, rue Papineau
Sherbrooke (Québec)
J1E 1Z2
Tél. : (819) 821-3111
Fax : (819) 821-3506



**Autorisation du comité d'éthique de la recherche des établissements
multivocationnels de l'Estrie et du CLSC de La Région-Sherbrookoise**

Le 20 décembre 2001

Madame Anne Veil, M.s.s.
Agente de recherche
Étude d'implantation du projet Prisma-Estrie
Centre de recherche sur le vieillissement
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
840, rue Papineau
Sherbrooke (Québec) J1E 1Z2

Service social
1100, rue Camirand
Sherbrooke (Québec) J1H 4J5
Téléphone : (819) 565-1330
Télécopieur : (819) 565-4411

Unité de service
1100, rue King Est
Sherbrooke (Québec) J1G 1E4
Téléphone : (819) 563-2572
Télécopieur : (819) 563-9912

Centre de jour
1100, rue (Québec) J1M 1R6
Téléphone : (819) 563-2572
Télécopieur : (819) 566-8059

Centre de jour
1100, boul. Bourque
Sherbrooke (Québec) J1N 2K7
Téléphone : (819) 565-1330
Télécopieur : (819) 564-8005

Site web :
clsc-sherbrooke.qc.ca

Objet : Évaluation éthique du projet intitulé « Évaluation de l'implantation et de
l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes
âgées en perte d'autonomie »

Madame,

Je vous informe par la présente que le Comité d'éthique de la recherche des
établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu
et du CLSC de La Région-Sherbrookoise a rendu une décision favorable en regard
de la demande d'approbation éthique du projet ci-haut mentionné.

Vous trouverez ci-joint le rapport justifiant la décision du CÉR.

Veuillez agréer, Madame, nos meilleurs sentiments.

Le président du Comité d'éthique de la
recherche,

Clément Mercier

c.c. Johanne Archambault, coordonnatrice, Service de soutien aux programmes,
à l'enseignement et à la recherche



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES ÉTABLISSEMENTS MULTIVOCATIONNELS DE L'ESTRIE DISPENSANT DES SERVICES DANS LE MILIEU ET DU CLSC DE LA RÉGION-SHERBROOKE

Évaluation de la demande d'accès au dossier de certains usagers dans le cadre du projet
« Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. » (chercheuse : Anne Veil)

Le CÉR a considéré la demande d'accès au dossier des usagers inscrits au projet de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie d'une part sous l'angle des objectifs et de la méthodologie du projet ainsi que de la nature des informations recherchées au dossier, et d'autre part en se référant aux règles prévues aux articles 19, 19.1 19.2 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux, L.R.Q.c.S-4.2*(« *LSSS* »), ainsi qu'à l'article 125 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q. c.A-2.1*(« *Loi sur l'accès* »).

Le principe consacré par l'article 19 de la *LSSS* est à l'effet que « le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom... ».

Malgré l'article 19, le directeur des services professionnels d'un établissement ou le directeur général, peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, sans le consentement de ce dernier. Le directeur doit cependant, avant d'accorder une telle autorisation, s'assurer que les critères établis par l'article 125 de la *Loi sur l'accès* sont satisfaits. Il doit refuser d'accorder son autorisation s'il est d'avis que le projet du professionnel ne respecte pas les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues. L'autorisation doit être limitée dans le temps et peut être révoquée en tout temps si le directeur a des raisons de croire que le professionnel autorisé ne respecte pas le caractère confidentiel des renseignements ainsi obtenus.

Quant aux critères établis par l'article 125 de la *Loi sur l'accès*, ils se résument comme suit : « 1) l'usage projeté n'est pas frivole et (..) les fins recherchées ne peuvent être atteintes que si les renseignements sont communiqués sous une forme nominative; 2) les renseignements nominatifs seront utilisés d'une manière qui en assure le caractère confidentiel ».

Enfin, l'article 8.2 de la Politique en éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de La Région-Sherbrooke prévoit de « soumettre tous les projets de recherche pour lesquels une demande de consultation des dossiers des usagers est demandée à l'évaluation scientifique et éthique du CÉR ».

A Évaluation scientifique

Le CÉR reconnaît la qualité scientifique du projet, telle qu'évaluée à travers le processus d'évaluation du PNRDS.

B Évaluation éthique

L'autorisation demandée porte sur une période limitée soit de décembre 2001 à décembre 2002 et porte sur les données pertinentes à l'évaluation de l'implantation du programme du Réseau intégré de services pour les personnes âgées. Il s'agit de réaliser un « monitoring » de l'ensemble de la clientèle âgée qui se présentera au Guichet unique en vue de suivre dans le temps la mise en place ainsi que la performance de mécanismes et outils favorisant l'intégration des services pour cette clientèle spécifique.

Le CÉR constate que dans ce projet, les critères prévus à l'article 125 de *la Loi sur l'accès* sont respectés. Il est d'avis, notamment, que l'usage qui sera fait des renseignements recueillis dans les dossiers des usagers n'est pas frivole et que les fins recherchés dans le cadre de cette étude d'impact et d'implantation ne peuvent être atteintes que si les renseignements sont communiqués sous une forme nominative. De plus, le projet soumis respecte les normes usuelles en matière d'éthique et d'intégrité scientifique.

En conséquence, le CÉR autorise, pour les fins prévues au projet de recherche soumis, l'accès aux dossiers des usagers du CLSC de La Région-Sherbrookoise inscrits au programme du Réseau intégré de services pour les personnes âgées, pour la période de décembre 2001 à décembre 2002 ». Il rappelle aux chercheurs et aux gestionnaires que des mesures strictes doivent être prises pour assurer la confidentialité des données recueillies dans les dossiers des usagers.



Annexe K

Engagement du chercheur à respecter et à assurer la confidentialité

Sujet de la recherche ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DE L'IMPACT
DE MÉCANISMES ET D'OUTILS D'INTÉGRATION DES
SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE -

Je soussigné, m'engage à :

- tenir comme confidentiel, soit verbalement, soit dans la rédaction ultérieure de rapports de recherche, tout renseignement nominatif dont j'aurai pris connaissance lors de mes travaux
- assurer ; le respect de cette confidentialité par tout collaborateur auquel j'aurai recours pour l'exécution de mon projet de recherche
- respecter toutes les directives adoptés par :

LE CARREFOUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA
MRC DE COATICOOK

(signature du chercheur)

Engagement des collaborateurs au projet

Date 6/11/2001

Annexe K

Autorisation de la directrice des services professionnels du Granit

Carrefour Santé du Granit

CH - CHSLD - CLSC

Lac-Mégantic, le 14 novembre 2001

*Madame Anne Veil
Agente de recherche
Centre de recherche sur le vieillissement
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
1036, rue Belvédère sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4*

Objet : Projet Prisma

Madame,

La présente est pour vous informer que le service des archives du Carrefour Santé du Granit (CH - CHSLD - CLSC) a reçu l'autorisation de permettre l'accès aux chercheurs de votre équipe au dossier médical des patients dans le cadre du Projet Prisma jusqu'en mars 2003.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, veuillez agréer, Madame Veil, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

*Michèle Brochu, médecin
Directrice des services professionnels*

MB/fa



Annexe K

Coaticook, le 23 octobre 2001

Autorisation de la directrice des services professionnels à Coaticook

Madame Anne Veil
Agent de recherche
Centre de recherche sur le vieillissement
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
840, rue Papineau
Sherbrooke, Qué.
J1E 1Z2

Objet : Autorisation pour l'étude d'implantation Prisma

Madame.

Pour faire suite à votre demande au sujet de l'étude d'implantation Prisma, je vous fais parvenir cette lettre vous autorisant, vous et vos collaborateurs à consulter les dossiers des clients référés en gestion de cas, pour la période d'octobre 2001 à mars 2003.

Par la même occasion, je vous fais parvenir le formulaire d'engagement du chercheur à respecter et à assurer la confidentialité que vous voudrez bien avoir l'amabilité de compléter et de le retourner à mon attention.

Si de plus amples renseignements vous étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi ou avec Monsieur Rémi Lavigne, directeur général de l'établissement.

Je vous prie d'agréer, madame, l'expression de mes sincères salutations.

Louise Dussault md
Directrice des services professionnels.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - INTERVENANTS

TITRE DU PROJET :

Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Programme de recherche
sur l'intégration des services
de maintien de l'autonomie

RESPONSABLE :

Docteur Réjean Hébert, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation est sollicitée à l'intérieur du volet de l'étude d'implantation. Outre les questionnaires anonymes que vous avez déjà remplis, l'équipe de recherche vous sollicite pour une première entrevue de groupe (*Focus Group*). Elle se tiendra dans un lieu approprié (salle de rencontre du lieu de travail ou autre lieu similaire). D'une durée approximative de deux heures, cette entrevue est enregistrée et retranscrite intégralement ensuite sous forme de verbatim.

Le but de cette première rencontre consiste à identifier les éléments qui interviennent dans le processus d'implantation des réseaux intégrés dans les MRC participantes au projet de recherche. Les informations recueillies sont strictement confidentielles. Elles serviront d'une part à objectiver le degré d'implantation des réseaux intégrés et, d'autre part, à illustrer les dynamiques locales et régionales suscitées par ce dossier. Une seconde entrevue de groupe est prévue vers la fin de l'année 2002, celle-ci ayant pour but d'apprécier l'évolution des réseaux intégrés dans chacune des MRC participantes et de soutenir l'interprétation des résultats de l'implantation. Les thèmes abordés durant ces entrevues sont annoncés avant la rencontre.

CONFIDENTIALITÉ

Il est important de mentionner que les informations recueillies lors de ces entrevues seront dépersonnalisées, de sorte que seuls les titres administratifs seront utilisés (ex : les gestionnaires de cas). Le contexte même du projet de recherche PRISMA qui se doit d'identifier les noms des MRC expérimentales et témoins, ainsi que les groupes d'acteurs, ne pourra permettre de garantir l'anonymat complet des participants, même si nous biffons tous les noms et uniformisons le sexe des répondant(e)s. Aussi, vous avez toujours la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez.

Les règles de confidentialité seront respectées en ce sens que les informations nominatives n'apparaissent sur aucun document et que seuls les membres de l'équipe de recherche PRISMA peuvent avoir accès aux documents. Les enregistrements seront détruits après le projet de recherche et les documents écrits seront conservés selon les règles prescrites, pour une durée de cinq ans.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer au projet.

Signature du participant : _____

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire et avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.

Signature du chercheur ou de son représentant : _____

Fait à _____, le _____ 2002

En collaboration avec :

